

73

BEITRAG
ZUR LEHRE DER
OOPHORITIS CHRONICA.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

der

UNIVERSITÄT ZÜRICH

von

7 **Justus Fontana,**

med. pract.,

gew. Assistenzarzt der geburtshülflich-gynäcologischen Klinik zu Zürich.

Genehmigt auf Antrag
des Herrn Prof. Dr. **Frankenhäuser.**

ZÜRICH.

Druck von J. Schabelitz.

1882.

BEITRAG
ZUR LEHRE DER
OOPHORITIS CHRONICA.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

der

UNIVERSITÄT ZÜRICH

von

Justus Fontana,

med. pract.,

gew. Assistenzarzt der geburtshülflich-gynäcologischen Klinik zu Zürich.

Genehmigt auf Antrag
des Herrn Prof. Dr. **Frankenhäuser.**

ZÜRICH.

Druck von J. Schabelitz.

1882.



Meinem hochverehrten Lehrer

und ehemaligen Vorgesetzten

Herrn Professor Dr. **Ferdinand Frankenhäuser**

aus Dankbarkeit

gewidmet.

I. Einleitung und geschichtlicher Abriss.

Die Entzündung der Ovarien hat erst spät die Autoren zu beschäftigen begonnen. Die ältesten Angaben, die wir in der Literatur über die Oophoritis finden konnten, reichen nur bis in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts zurück.

J. Astruc,¹⁾ 1761, war der Erste, der in seinem für damals vortrefflichen Werke unter den Krankheiten der Ovarien auch die Entzündung derselben berücksichtigte. Die Mittheilungen, die er über diese Affection macht, sind aber äusserst dürftig und nach den jetzigen Anschauungen zum guten Theil nicht richtig. Nach ihm kommt die Eierstockentzündung beinahe nur vor in Folge von Entzündung der übrigen Beckenorgane, besonders der Gebärmutter, welcher mit Vorliebe die Symptome der Ovarienentzündung zugeschrieben werden. Die Diagnose der Oophoritis sei aus diesem Grunde nicht zu stellen.

Erst 21 Jahre später, 1782, ging *Ludwig Krüger*²⁾ einen Schritt weiter, indem er mit Bestimmtheit das Vorkommen einer isolirten idiopathischen Oophoritis, ganz unabhängig von jeglicher Entzündung der Nachbarorgane, aufstellte. Diese primäre Oophoritis wurde später auch von *Motz*³⁾ und *William Hunter*⁴⁾ als selbstständige Krankheit anerkannt.

Der Hauptgrund, warum man erst in diesem Jahrhundert begann, der Entzündung der Ovarien mehr Aufmerksamkeit zu schenken, ist wohl darin zu suchen, dass, abgesehen davon, dass man bis dahin bei den Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane wesentlich nur den Uterus berücksichtigte, die Diagnose geringer Volums-

¹⁾ *J. Astruc*, Traité des maladies des femmes. Paris 1761. Tome IV. pag. 26.

²⁾ *Ludwig Krüger*, Dissertatio inauguralis medica sistens Pathologiam ovariorum muliebrium. Göttingen 1782.

³⁾ De structura, usu et morbo ovariorum. Jena 1790.

⁴⁾ *William Hunter*, Leçons sur l'inflammation des ovaires. 1795.

veränderungen an den Eierstöcken früher nicht gemacht werden konnte, oder dieselbe wenigstens mit viel grösseren Schwierigkeiten verbunden war, als es heutzutage der Fall ist. Zwar hätte man aus Beobachtungen bei Sectionen ersehen können, dass Oophoritiden nicht selten sein müssen, da entzündliche Residuen im Douglas'schen Raum sehr häufig angetroffen werden, während im vesico-uterinen Raum solche Befunde fehlen oder doch nur äusserst selten sind. Aber dennoch hatte man sich — und mit Recht — gescheut, jene Symptome, von denen wir heutzutage wissen, dass sie wesentlich der Oophoritis angehören, auf die Entzündung der Eierstöcke zurückzuführen, um sich nicht den Vorwurf der Unexactheit in diagnostischen Fragen zuzuziehen. Seitdem man aber gelernt hat, auch geringe Vergrösserungen des Eierstockes zu tasten, seitdem man präcisere Diagnosen zu stellen im Stande ist, und die Gynäcologen begonnen haben, sich specieller mit der Entzündung der Ovarien zu beschäftigen, sind auch unsere Kenntnisse über die (chronische) Oophoritis etwas weiter gediehen.

Das Verdienst, kleine Volumszunahmen des Ovariums taxiren gelehrt zu haben, gebührt unstreitig *B. S. Schultze*,¹⁾ 1861²⁾ und wenn vor ihm die meisten Autoren sich gestehen mussten, dass eine Diagnose der (chronischen) Oophoritis mit Sicherheit zu stellen nicht möglich sei, so dürfen wir uns nicht wundern, wenn ihre Angaben und Kenntnisse über diese Krankheit so spärliche und dürftige waren. Auffallen muss es aber, dass noch Jahre lang nach der Publication dieser Arbeit manche Autoren eine Ovarienentzündung durch die gynäcologische Untersuchung festzustellen nicht im Stande waren und dass man in der Erkenntniss dieser Affection so wenig Fortschritte machte.

Eine der ersten Arbeiten aus diesem Jahrhundert (uns beschäftigt natürlich nur die chronische Oophoritis), die nach unserer Ansicht hier berücksichtigt zu werden verdient, ist diejenige von *J. C.*

¹⁾ *B. S. Schultze*, Ueber Palpation normaler Eierstöcke und Diagnose geringer Vergrösserungen derselben (in der Jenaischen Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaften). 1864. I. pag. 279 u. ff.

²⁾ Von Herrn Professor *Frankenhäuser* erfahre ich nachträglich, dass schon einige Jahre vorher *Carl Mayer* in Berlin mit der genauen Exploration der Ovarien vertraut war, doch war *Schultze* der Erste, der die Untersuchungsmethode publicirte.

Mende,¹⁾ 1811. Während nach diesem Autor die Entzündung der Eierstöcke selten einen «hitzigen und schnellen Verlauf» nimmt, sondern derselbe vielmehr immer ein langwieriger ist, die Krankheit ganz unmerklich verläuft und in den meisten Fällen nicht erkannt wird, theilt *H. C. Clarus*,²⁾ 1812, mit, dass die chronische Entzündung immer eine Folge der acuten sei und dass sie von der chronischen Metritis, mit der sie grosse Aehnlichkeit habe, immer mehr aus den Verhältnissen, unter welchen sie entstanden ist, zu erkennen sei, als aus ihren wahrnehmbaren Zeichen.

*F. B. Osiander*³⁾, 1818, widmet der chronischen Oophoritis kein Wort.

*Carus*⁴⁾, 1820, schliesst sich ganz den Ansichten von *Clarus* an.

Nauche,⁵⁾ 1829, fertigt die chronische Oophoritis mit sechs Zeilen ab, in denen er lehrt, dass die chronische Entzündung der Eierstöcke wie der Tuben und breiten Mutterbänder nur in Folge von Entzündung des Uterusgewebes beobachtet werde. Eine Diagnose kann nicht gemacht werden. Die Behandlung sei diejenige der Metritis.

*Boivin et Dugès*⁶⁾, 1834, anerkennen auch die schleichende Entwicklung der Oophoritis. Die Angaben über Aetiologie sind äusserst dürftig. Von einer genauen Symptomatologie ist keine Rede. Den Ovarialabscess haben sie verschiedene Male beobachtet. Nach ihrem eigenen Geständnisse fehlen ihnen eine genügende Anzahl von Beobachtungen, weshalb sie bei der Therapie keine bestimmten Rathschläge geben können.

Ashwell,⁷⁾ 1859, bespricht die acute und chronische Entzündung getrennt, macht aber über Letztere nur spärliche Mittheilungen.

Nach *West*,⁸⁾ 1860, sind die Häufigkeit, Symptome und Bedeu-

¹⁾ *J. C. Mende*, Die Krankheiten der Weiber, nosologisch und therapeutisch bearbeitet. 1811.

²⁾ *H. Clarus*, Annalen des klinischen Instituts zu Leipzig 1812. I. 2. pag. 124.

³⁾ *F. B. Osiander*, Ueber die Entwicklungskrankheiten in den Blüthejahren des Weibes. 1818.

⁴⁾ *C. G. Carus*, Lehrbuch der Gynäcologie 1820. I. pag. 400.

⁵⁾ *Nauche*, Des maladies propres aux femmes. 1829.

⁶⁾ *Boivin et Dugès*, Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. 1834.

⁷⁾ *Ashwell*, Die Krankheiten des weiblichen Geschlechts. 1859.

⁸⁾ *C. West*, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1860.

tung der mehr chronischen Form der Ovarienentzündung Fragen, die sehr widersprechende Antworten erhalten haben und zu deren endgültiger Entscheidung ihm die Daten zu fehlen scheinen.

Kugelman,¹⁾ 1865, behandelt einige mit chronischer Oophoritis in Zusammenhang stehende Neurosen und gibt an, dass es ihm jedes Mal gelungen sei, das vergrößerte Ovarium zu fühlen.

Im Lehrbuch über Frauenkrankheiten von *T. G. Thomas*,²⁾ 1869, finden wir auf Seite 520 einen wichtigen Passus, den wir aus dem Englischen übersetzt hier wiedergeben. Nachdem der Verfasser die grossen Fortschritte betont hat, die in den letzten 15 Jahren in der Erkenntniss der Ovarienkrankheiten gemacht worden sind, sagt er: «Unglücklicherweise aber existirt eine Abtheilung der Ovarienkrankheiten, in Beziehung welcher diese Mittheilungen nicht richtig sind, wir meinen die Krankheiten entzündlichen Charakters. Unsere Mittel für die Diagnose der acuten sowohl wie der chronischen Oophoritis sind trotz aller erwähnten Arbeiten so elementär und unzuverlässig, dass das Resultat davon nichts Anderes ist, als ein Auseinandergehen der Ansichten und Ungewissheit in den pathologischen und therapeutischen Fragen.» Wenn wir auch *Thomas* beipflichten müssen, dass zu seinen Zeiten die Kenntnisse über die chronische Oophoritis noch sehr lückenhafte waren, so können wir durchaus nicht unterschreiben, dass damals noch keine sichere Methode der Untersuchung der Ovarien bestand, da die anfangs erwähnte Arbeit *Schultze's* schon fünf Jahre vorher publicirt worden war. Aus pag. 537 entnehmen wir: «Wir (*Thomas*) haben keinen Grund, daran zu zweifeln, dass die Ovarien von chronischer Entzündung befallen werden können, trotzdem bis jetzt nur sehr wenige Kenntnisse über die Häufigkeit dieser Krankheit vorliegen.» Der gleiche Autor gibt dann noch einige Symptome der chronischen Oophoritis an, welche aber bei Weitem nicht genügend präcisirt sind und die Frage durchaus nicht erschöpfen.

Duncan's,³⁾ 1879, Angaben über die chronische Oophoritis sind in allen Beziehungen ergiebiger, als diejenigen seiner Vorgänger;

¹⁾ *L. Kugelman*, Gynäcologische Mittheilungen mit besonderer Rücksicht auf die chronische Oophoritis; in „Deutsche Klinik“, Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern. 1865. Nr. 14—18. pag. 132 u. ff.

²⁾ *T. G. Thomas*, A practical Treatise on the diseases of women. 1867.

³⁾ *J. M. Duncan*, Ovaritis, in Edinburgh Medical Journal 1871. pag. 193 u. ff.

doch berühren sie äusserst wichtige Punkte betreffs Aetiologie und Symptomatologie gar nicht.

Veit,¹⁾ 1867, erwähnt der Symptomatologie der chronischen Oophoritis mit keinem Worte.

Auch *Churchill's*,²⁾ 1874, Mittheilungen sind äusserst dürftig.

Meissner,³⁾ *Kiwisch*,⁴⁾ *Scanzoni*,⁵⁾ *Gallard*,⁶⁾ *Lawson Tait*,⁷⁾ *Beigel*,⁸⁾ *Olshausen*,⁹⁾ *Koeberle*,¹⁰⁾ *Schroeder*¹¹⁾ und andere neuere Autoren beschäftigen sich eingehender mit dieser Affection; aber immerhin bestehen in der Lehre der chronischen Oophoritis heutzutage noch manche Lücken, ist vielen Punkten betreffs der Aetiologie nicht die genügende Aufmerksamkeit geschenkt, sind manche wichtige Symptome gänzlich ausser Acht gelassen worden, hat vollends die Diagnostik der Krankheit nicht die nöthige Berücksichtigung gefunden.

An Hand eines ziemlich reichhaltigen Materials (es stehen uns 145 Krankengeschichten über chronische Entzündung des Ovariums zur Verfügung, die an der zürcherischen geburtshülflich-gynäcologischen Klinik zur Beobachtung kamen und die der Director derselben, Herr Professor Dr. *Frankenhäuser*, so gütig war, uns zur Bearbeitung zu überlassen) wollen wir nun in Folgendem versuchen, einen bescheidenen Beitrag zur Lehre der chronischen Oophoritis zu liefern.

Unsere Betrachtungen werden sich wesentlich nur in dem Rahmen einer klinischen Studie bewegen. Auf eingehende pathologisch-anatomische Untersuchungen konnten wir uns aus Mangel an Zeit

¹⁾ *Veit*, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane; pag. 216 im *Virchow'schen Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*.

²⁾ *Fl. Churchill*, Traité pratique des maladies des femmes. Traduit de l'anglais par *Wieland* et *Dubrisay*. 1874. pag. 647 ff.

³⁾ *Meissner*, Frauenzimmerkrankheiten. I. 1843.

⁴⁾ *Kiwisch*, Klinische Vorträge. II. 1848.

⁵⁾ *Scanzoni*, Lehrbuch der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. 4. Aufl.

⁶⁾ *T. Gallard*, Leçons cliniques sur les maladies des femmes. 1873.

⁷⁾ *Lawson Tait*, The pathology and treatment of diseases of the ovary. 1874.

⁸⁾ *H. Beigel*, Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. 1874.

⁹⁾ *Olshausen*, Die Krankheiten der Ovarien. 1877.

¹⁰⁾ *E. Koeberle*, Des maladies des ovaries. 1878.

¹¹⁾ *C. Schroeder*, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane in *Ziemssen's* Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. X.

nicht einlassen. Mit Ausnahme eines einzigen in die Bauchhöhle perforirten, tödtlich verlaufenen Ovarialabscesses, dessen genauer Sectionsbefund mitgetheilt werden wird, bietet uns unser Material in pathologisch-anatomischer Beziehung keine sichere Unterlage und da wir uns deshalb hätten darauf beschränken müssen, die äusserst dürftigen Angaben, die man in der Literatur über diesen Abschnitt findet, hier wiederzugeben, haben wir es vorgezogen, denselben vollkommen ausser Acht zu lassen, umsomehr, als neuere anatomische Untersuchungen von Belang nicht vorliegen und das Vorliegende uns in mancher Richtung zweifelhaft scheint.

Dadurch ist freilich die Grundlage unserer Untersuchung unsicher geblieben, aber doch glauben wir, nach anderer Richtung manches Neue bieten zu können, was berücksichtigenswerth ist.

II. Aetiologie und Vorkommen.

Wenn man auch mit Recht von den andern Krankheiten der Ovarien sagen kann, dass sie im Allgemeinen in die Zeit des geschlechtsthätigen Lebens fallen, so ist es doch unzweifelhaft, dass gerade die Entzündung der Eierstöcke im innigsten Zusammenhange steht mit ihren physiologischen Verrichtungen, dass ihr Vorkommen an die geschlechtsreife Periode des Weibes geknüpft ist.

Während nämlich Ovariencysten, Ovariencarcinome u. s. w. nicht nur bei Frauen in der Menopause und bei noch nicht menstruirten Mädchen, sondern sogar bei Neugeborenen in nicht ganz seltener Zahl beobachtet werden, sind doch die Fälle von Entzündung der Ovarien vor Eintritt der ersten Menstruation und bei Frauen im climacterischen Alter, wir dürfen es sicher so sagen, Raritäten. Von unseren 145 Fällen betraf kein einziger ein noch nicht menstruirtes Mädchen. Hingegen fanden wir in der Literatur einen solchen Fall, der auch in anderer Beziehung von Interesse ist, über den *Edis* in der *Obstetrical Society of London* am 5. April referirte und den wir in den *Transactions of the obstetrical Society of London* Vol. XIII. pag. 99 wiedergegeben fanden. Es handelte sich um ein zwölfjähriges, kräftiges, gut entwickeltes Mädchen, das noch nie eine

Genitalblutung gehabt, welches ganz schleichend von den Symptomen einer Ovarienentzündung ergriffen wurde, die in vier Monaten durch Abscessbildung und Perforation in die Bauchhöhle tödtlich endigte. Herr Prof. Dr. *Frankenhäuser* sah ebenfalls bei einem zwölfjährigen Mädchen einen oophoritischen Abscess mit Perforation in die Bauchhöhle, welcher sich unmittelbar an die erste Menstruation anschloss und in einigen Tagen den lethalen Ausgang an Peritonitis herbeiführte. Das Mädchen war sehr kräftig und früh entwickelt.

Eine leise Andeutung vom Vorkommen von Oophoritis vor der Pubertät gibt uns auch *Lawson Tait*.¹⁾

Mit Ausnahme ganz vereinzelter Fälle also begegnen wir der Ovarienentzündung nur innerhalb der zeugungsfähigen Jahre des Weibes, nur innerhalb jener Periode, die mit dem Auftreten der ersten Menstruation beginnt und mit eingetretenem Climacterium ihr Ende nimmt, ein Zeitraum von 30—35 Jahren für unsere mittleren Climate.

Die Erklärung für dieses fast ausschliessliche Vorkommen der Oophoritis nur innerhalb der Blüthejahre des Weibes ist sehr einfach:

Durch das Herannahen und den Eintritt der Pubertät werden nämlich die Ernährungsverhältnisse in den Ovarien in mannigfacher Beziehung verändert. Die Blutzufuhr zu denselben wird zunächst bedeutend vermehrt und während die Blutströmung bis dahin eine ganz ruhige, keinem hochgradigen Wechsel unterworfen war, veranlasst nun die Menstruation nicht nur, sondern noch viele andere mit ihr in Zusammenhang stehende Momente, wie *Beigel* sich ausdrückt, eine Art Ebbe und Flut in der Blutbewegung der Ovarien. Die periodisch, gewöhnlich monatlich wiederkehrenden menstruellen Congestionen versetzen die Eierstöcke in einen Zustand hochgradiger Turgescenz. Aehnliche Wirkung üben Schwangerschaft und die durch den Coitus häufig gesetzten Blutwallungen, also zwei noch im Bereiche der physiologischen Zustände und Verrichtungen liegende Momente.

Die Thatsache, dass die Ovarien während der Menstruation blutreicher werden, dass ihr Volumen um ein Beträchtliches vergrössert

¹⁾ *Lawson Tait*, The Pathology and treatment of Diseases of the ovaries. 1875. pag. 15.

wird (nach *Puech* sogar um das Zwei- bis Dreifache), wurde schon von *v. Graaf* hervorgehoben und 1765 von *Lecat* besonders betont und seither von den meisten Autoren bestätigt. Der Beweis wurde früher nicht nur durch die Sectionsbefunde bei Leichen von Frauen, die kurz vor oder während einer Regel gestorben waren, erbracht, sondern auch durch die Beobachtung von Ovarialhernien an der Lebenden gestützt. In den letzten Jahren lernte man diese menstruelle Schwellung durch die gynäkologische Exploration kennen. *Puech* gebührt das Verdienst, darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass nur jener Eierstock hauptsächlich anschwillt, der das platzende Bläschen enthält.

Weniger übereinstimmend sind die Ansichten über den Blutgehalt der Ovarien in der Schwangerschaft. Während die Einen das Organ bei bestehender Gravidität immer im Zustande grösster Anämie gefunden haben wollen, und sie gerade in der Schwangerschaft ein wichtiges therapeutisches Moment gegen entzündliche Affectionen der Ovarien sahen, waren die übrigen älteren Autoren und sind auch die neuen darin einig, dass das Ovarium in der Gravidität Antheil nimmt an der hochgradigen Blutfülle des Uterus, überhaupt sämtlicher Beckenorgane, und während derselben an Volumen beträchtlich zunimmt.

Die Anschwellung der Ovarien während des Beischlafes nicht nur, sondern durch jede geschlechtliche Aufregung, wurde bei Ovarialhernien constatirt und es kann die Schwellung so gross werden und dabei zu solcher Schmerzhaftigkeit führen, dass in manchen Fällen ein geschlechtlicher Verkehr unmöglich wird.

Im Allgemeinen kehrt das Ovarium im Wochenbett, nach der Menstruation, sobald die geschlechtliche Aufregung vorüber, rasch wieder in den früheren Zustand zurück, nimmt dessen Blutfülle ab, wird dasselbe kleiner. Es ist aber leicht denkbar und die Erfahrung bestätigt diese Vermuthung, dass die physiologische, ovarielle Congestion aus irgend einem Grunde eine übertrieben starke wird und dass sie zu lange auf der abnormen Höhe stehen bleibt; in diesem Falle kann der Congestionszustand in Entzündung übergehen, indem es nicht nur zum Durchtritt von Blutserum, sondern auch von geformten Bestandtheilen kommt.

Alle jene Momente also, welche im Stande sind, eine übertrieben starke Congestion zu den Genitalien hervorzurufen, werden zunächst

bei der Aetiologie der Oophoritis eine wesentliche, wenn nicht die Hauptrolle spielen. Dass diese Momente verschiedenster Art sein und auf die mannigfaltigste Weise ihre Wirkung entfalten können, soll nunmehr in Folgendem im Einzelnen dargethan werden, nachdem wir vorher einige mehr allgemeine Fragen, besonders betreffs des Vorkommens der chronischen Oophoritis näherer Betrachtung gewürdigt haben.

Die Zahlenangaben, die man über die Häufigkeit des Vorkommens der chronischen Oophoritis in der Literatur findet, sind äusserst spärlich. Im Allgemeinen betonen die neueren Autoren die Häufigkeit dieses Leidens. Nach *Duncan*¹⁾ ist die chronische Oophoritis keine ungewöhnliche Krankheit, doch bedauert er, diese Angaben nicht durch Zahlen beweisen zu können. Auch *Lawson Tait*²⁾ will die Affection in einer nicht seltenen Anzahl von Fällen beobachtet haben. *Olshausen*³⁾ drückt sich in Zahlen aus: «Unter 900 der Reihe nach vorgekommenen gynäcologischen Kranken zählte ich 12 Fälle, in welchen die Diagnose einer chronischen Oophoritis unzweifelhaft erschien.»

Dass *Scanzoni*'s⁴⁾ Angaben mit diesen nicht übereinstimmen, ist begreiflich, da er eine sichere Diagnose dieser Krankheit geradezu für unmöglich hält, und wenn *West*⁵⁾ der Ansicht ist, dass die chronische Oophoritis häufiger angenommen worden sei, als sie wirklich bestanden habe, so müssen wir eben bedenken, dass man zu seinen Zeiten den Ovarialschmerz als das wesentlichste, die Diagnose der chronischen Oophoritis begründende Symptom angesehen hat, so dass man eher zu häufig als zu selten diese Krankheit annehmen musste.

Wenn wir die uns zur Verfügung stehenden Fälle von ziemlich zweifellos diagnosticirter chronischer Oophoritis mit der Zahl der im gleichen Zeitraum (von 1872—1881) in hiesiger Anstalt behandelten gynäcologischen Kranken vergleichen, so kommen wir zu folgendem Resultat:

¹⁾ *J. Matthews Duncan*, Ovaritis, in *Edinburgh Medical Journal*, XVII. I. pag. 194.

²⁾ *Lawson Tait*, loco cit. pag. 15.

³⁾ *Olshausen*, Krankheiten der Ovarien pag. 30.

⁴⁾ *Scanzoni*, Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 3. Auflage. pag. 545.

⁵⁾ *West*, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1860. pag. 551.

Unter 1630 ambulant, poliklinisch behandelten Frauen litten 75 an chronischer Oophoritis.

Und von 1424 in die Anstalt aufgenommenen Kranken wurden 70 wegen chronischer Ovarienentzündung behandelt.

Zusammengenommen haben wir unter 3054 gynäkologischen Fällen 145 chronische Oophoritiden id est 4,75 % gegenüber einem Procentsatze von 1,33 bei *Olshausen*.¹⁾

Dass sich die Entzündung der Eierstöcke im Allgemeinen an bestimmte Altersstufen knüpft und zwar gerade an diejenigen, in welchen so viele Anforderungen an die Genitalien gestellt werden, hatten wir im Beginne dieses Abschnittes zu betonen Gelegenheit. Studieren wir in dieser Richtung unser Material, so können wir auch die Richtigkeit dieser Behauptung durch Zahlen beweisen.

Von unseren Kranken

waren weniger als 20 Jahre alt	6 Fälle,	
stunden zwischen 20—25 Jahren	46	} 85
„ „ 26—30 „	39	
„ „ 31—35 „	27	} 46
„ „ 36—40 „	19	
waren über 40 Jahre	8	
145 Fälle.		

Somit fällt die grösste Frequenz auf das dritte Decennium, welches mit 58,2 % vertreten ist; sodann kommen die Dreissiger Jahre mit einem Procentsatz von 31,72. Auch nach *Olshausen*²⁾ betrifft diese Krankheit gewöhnlich junge Leute; die meisten in den Zwanziger Jahren. Die Aelteste unserer Kranken zählte 46 Jahre; die Jüngste kaum 17.

Wir wollen damit durchaus nicht sagen, dass dieses das früheste Alter sei, in welchem die uns beschäftigende Affection überhaupt angetroffen wird; denn es liegt nur in äusseren Verhältnissen, dass unser Material keine jüngere, an Oophoritis chronica leidende Person aufweist, da so junge Mädchen eine öffentliche Anstalt gewöhnlich nicht aufzusuchen pflegen. Herr Professor *Frankenhäuser* aber hat in der Klinik häufig darauf aufmerksam gemacht und auch aus

¹⁾ l. c. pag. 30.

²⁾ l. c. pag. 30.

unseren anamnestischen Daten können wir Belege für diese Behauptung finden, dass viele Fälle von Oophoritis bei 12—14jährigen Mädchen, und dann gewöhnlich schon bei Anlass der ersten Menstruation entstehen, ein Punkt, auf den wir weiter unten pag. 28 detaillirter zu sprechen kommen werden.

Die Frage, ob das Geschlechtsleben, die Ehe, in irgend welchem causalen Zusammenhange mit der chronischen Oophoritis stehe, wurde im Allgemeinen bejahend beantwortet. Es gibt jedoch einige Autoren, wie *Gallard*¹⁾ und *Eustache*²⁾, die gerade entgegengesetzter Ansicht sind, indem sie das Coelibat als ätiologisch wichtig hervorheben und in der Ehe ein nicht zu unterschätzendes, therapeutisches Moment für die uns beschäftigende Affection erblicken. Sie stützen ihre Behauptung auf einige vereinzelte Beobachtungen, die sie zu machen Gelegenheit hatten, bei welchen ledige, mit chronischer Oophoritis behaftete Personen durch die Heirath geheilt worden sein sollen. Für uns liegt es ausser allem Zweifel, dass die Ehe mit ihren Congestionen, mit allen Anforderungen, die das Sexualleben an das Genitalsystem stellt, nichts weniger als heilend auf die Krankheit wirken kann, sondern dass sie vielmehr in der Aetiologie der chronischen Oophoritis eine wichtige Rolle wenigstens als prädisponirendes Moment zu spielen befugt ist.

Von unseren 145 Kranken waren 46 ledig und 99, also 68,28 %, verheirathet.

Nach *Duncan* und *Olshausen* werden die Frauen besonders in den ersten Jahren der Ehe von chronischer Oophoritis befallen. Wir können dies durchaus nicht bestätigen.

Was das Verhältniss von pathologischen Zuständen im Puerperium zur Oophoritis chronica betrifft, so sind die Meinungen der verschiedenen Autoren ziemlich getheilt. Wenn wir auch gerne zugeben, dass eine häufige Ursache der acuten Entzündung des Eierstockes im Wochenbette zu suchen ist, so sind wir doch durchaus nicht im Falle, bestätigen zu können, dass das Vorkommen der acuten Oophoritis ausserhalb der puerperalen Zustände ein seltenes sei und noch viel weniger können wir *Barker*³⁾,

¹⁾ *Gallard*, Les maladies des femmes. 1873. pag. 724.

²⁾ *Eustache*, Manuel pratique des maladies des femmes. 1881. pag. 562.

³⁾ *Barker*, Bul. N. Y. Acad. Med. I. pag. 459.

*Boivin et Dugès*¹⁾, *West, Graily Hewitt*²⁾ und Anderen beipflichten, dass nicht ein einziger authentischer Fall von acuter Oophoritis ausserhalb dem Wochenbette beobachtet worden sei. Wir schliessen uns vielmehr *Thomas*³⁾, *Kiwisch*⁴⁾ und Anderen an, wenn wir die acute Entzündung der Eierstöcke in die puerperale und die ausserhalb dem Wochenbette vorkommende scheiden.

Wenn wir uns soeben in diese Frage, die anscheinend mit der chronischen Oophoritis Nichts zu thun hat, so weit eingelassen haben, so geschah es aus dem Grunde, weil wir später zu betonen haben werden, dass die chronische Entzündung sich nicht selten an die acute anschliesst und weil wir entgegen den meisten Autoren nicht genug hervorheben können, dass die uns beschäftigende Affection bedeutend viel häufiger unabhängig vom Puerperium als im Zusammenhang mit Vorgängen in demselben sich ausbildet.

Präcisiren wir unsere Ansicht über diese Frage, so können wir sagen: Schwangerschaft und Wochenbett geben ein unzweifelhaftes prädisponirendes Moment für die Entstehung der chronischen Oophoritis ab; sie können aber durchaus nicht als häufige directe Ursachen dieser Affection angesehen werden. Die nachweisbare Prädisposition wird nicht nur durch den hyperämischen Zustand, in den die Ovarien während dieser Zeit versetzt sind, gegeben, sondern auch durch die verschiedenen Lageveränderungen, besonders Retroflexion der Gebärmutter, bedingt, die sich hauptsächlich nach vernachlässigten Aborten und Wochenbetten ausbildet. Exsudate, die im Wochenbett gesetzt werden, können durch die Verzerrung der Ovarien, die sie herbeiführen, durch Verlagerung derselben, wodurch die zu- und abführenden Gefässe in ihrem Verlaufe geknickt werden, Ernährungsstörungen in den Eierstöcken hervorrufen. Die Einbettung der Organe in dicke Exsudatschwarten wird zu Functionsstörungen derselben führen. Durch die menstruelle Congestion sollte ein Follikel platzen. Die um das Ovarium gesetzten Exsudatmassen verhindern diesen physiologischen Vorgang. Der

¹⁾ *Boivin et Dugès*, Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. 1834.

²⁾ *Graily Hewitt*, The diseases of women.

³⁾ *Thomas*, On the diseases of women. 1869. pag. 531.

⁴⁾ *Kiwisch*, Klinische Vorträge. II. pag. 45.

geschwellte, nicht berstende Follikel übt seinerseits seinen dauernden Reiz auf die Gefässnerven aus, wodurch nicht nur die physiologische, menstruelle Congestion zu einer pathologischen Höhe gesteigert wird, sondern nunmehr die Ovarien auch ausserhalb der Regel hyperämisch bleiben; alles Momente, die zur Entwicklung einer Ovarienentzündung sehr geeignet sind. Im günstigsten Falle schwinden die peritonitischen Exsudatmassen durch Resorption; die Ovarien werden wieder frei, beweglich. Die Entzündung derselben kann entweder bald abnehmen oder chronisch bestehen bleiben. In einzelnen Fällen datiren die Frauen den Beginn ihrer Erkrankung auf ein für sie normales Wochenbett zurück. Wir glauben annehmen zu dürfen, dass in diesen Fällen das Puerperium nur scheinbar innerhalb der physiologischen Grenzen verlaufen ist, dass vielmehr eine schleichende Entzündung im Becken bestanden hat, die von der Patientin sowohl als vom Arzte übersehen wurde und die durch Einbettung des Ovariums auf eben erwähnte Weise zur Entzündung desselben führte. Es verlaufen eben viele Perimetritiden im Wochenbett ganz unvermerkt, besonders wo kein Gebrauch vom Thermometer gemacht wurde. Daher kommt es, dass man viele Exsudate im Douglas findet bei Frauen, die angeblich nur ganz normale Wochenbette durchgemacht haben.

*Duncan*¹⁾ sah die chronische Oophoritis häufig in der Reconvalescenz von Abortus sich entwickeln. Auch *West*²⁾ beobachtete bisweilen kurze Zeit nach Abortus, seltener nach Geburten am normalen Ende der Gravidität chronische Entzündung der Eierstöcke. Unter unseren Fällen finden wir einige Male verzeichnet:

Vor 14 Tagen, 8, 10 Wochen hat Patientin abortirt; seither klagt sie über Schmerzen in der rechten (oder linken) Seite; ebenfalls seit dieser Zeit bestehen dysmenorrhoeische Beschwerden, die Patientin früher nie gekannt.

Nach einem anscheinend normalen Wochenbett bekommt Patientin stark stechende Schmerzen im Abdomen und die früher ganz schmerzlose Regel wird nun vor Eintritt der Blutung schmerzhaft.

Die 35 Jahre alte, verheirathete Seidenweberin M. N., Mutter verschiedener Kinder, machte in der Jugend keine besondere Krankheit durch. Sie menstruirte im achtzehnten Jahre zum ersten Male. Periode war immer regelmässig, vierwöchentlich, fünf bis sechs Tage dauernd, mässig stark und durchaus schmerzlos. Im zwanzigsten Jahre verheirathete sich Patientin und

¹⁾ *Duncan*, l. c. pag. 195.

²⁾ *West*, l. c. pag. 556.

gebar nach einem Jahre besten Wohlbefindens einen Knaben. Geburt ging langsam und schwer, doch ohne Kunsthülfe vor sich. Patientin machte im Wochenbett eine Unterleibsentzündung durch, die sie vier Wochen an's Bett fesselte. Erst nach anderthalb Jahren, während welcher Zeit Patientin immer über Schmerzen im Leib und im Kreuz zu klagen gehabt hatte, trat die Regel wieder ein; doch war sie nunmehr schmerzhaft, und zwar schon drei Tage vor Eintritt der Blutung. Die Schmerzen waren stechender Art, sassen im Unterleib und im Kreuz und hielten an, bis der Blutfluss auf seiner Höhe war. Derselbe war nun auch bedeutend stärker als früher.

Aus der Casuistik finden wir, dass von zwölf Fällen von chronischer Oophoritis, die *Olshausen*¹⁾ beobachtete, fünf kurz vor Beginn der ersten Erscheinungen ein Puerperium durchmachten, zwei derselben im Wochenbett einen peritonitischen Process überstanden hatten.

Einen genau nachweisbaren directen Zusammenhang zwischen Wochenbett nach Abortus oder nach Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft einerseits und chronischer Oophoritis anderseits, in dem Sinne, dass eine Peritonitis im Wochenbett und der Beginn der Erkrankung zeitlich zusammenfielen oder wenigstens nicht weit von einander abstünden, könnten wir nur in 19 also in 13,1 % der Fälle constatiren.

Dass aber Schwangerschaft und Wochenbett ein häufiges prädisponirendes Moment für die Entstehung unserer Krankheit abgeben, ersieht man aus folgenden Zahlen.

Von unseren 145 an chronischer Oophoritis leidenden Kranken	
haben nie geboren	24 = 20,69 %
haben geboren	92 = 79,31 %
	116

Ueber $\frac{29}{145}$ bestehen keine diessbezüglichen Angaben.

Von den 92, die geboren haben,	
gebaren 1 Mal	38 = 41,31 %.
2 Mal	27
3 Mal	12
4 und mehr Mal	15
	92
	} mehr als 1 Mal: 54 = 58,69 %.

Von den meisten Autoren werden geschlechtliche Ueberreizung, Excesse in venere u. s. w. als ätiologisch wichtige Mo-

¹⁾ *Olshausen*, l. c. pag. 30.

mente unserer Krankheit hervorgehoben. So beschuldigt *Olshausen*¹⁾ Unmässigkeit im Beischlaf als die chronische Oophoritis erregende Ursache, *Scanzoni*²⁾ betont die übermässige allzu häufige und wider-natürliche Befriedigung des Geschlechtsgenusses durch Gebrauch von aussergewöhnlichen Mitteln und sucht auf diese Weise die verhältnissmässig grosse Häufigkeit dieser Affection bei alten Jungfern und Prostituirten zu erklären. Was letztere betrifft, so glauben wir, da alle unsere Puellae publicae an Gonorrhoe litten, annehmen zu dürfen, dass die infectiöse Vaginitis und Endometritis und Salpingitis den Ausgangspunkt der Entzündung der Ovarien gebildet hat.

*Eustache*³⁾ hebt den unvollkommenen Coitus, welcher der Frau eine nur unvollkommene Befriedigung gibt, als ätiologisch wichtig hervor und *Emmet*⁴⁾ nennt unter den daran Leidenden die liebegetäuschte Jungfrau, die unglückliche Verheirathete u. s. w. *Carus*⁵⁾ geht noch weiter, indem er sagt, dass bei feilen Dirnen, die wegen Syphilis oder Krätze in Heilanstalten untergebracht werden, das Uebel (die Oophoritis) deshalb ausbreche, weil bei unbefriedigtem Geschlechtsgenusse die Phantasie um so gewaltsamer aufgeregter werde.

Dass die Gonorrhoe nicht selten das ursächliche Moment für die Entstehung der uns beschäftigenden Affection liefert, liegt wohl ausser allem Zweifel und es war zuerst *Ricord*, der für das Vorkommen einer blenorrhoischen Oophoritis einstund. *M. Alphonse Guérin*⁶⁾ will deshalb die infectiöse Endometritis nicht als Ursache für die Oophoritis gelten lassen, weil er in ihrem Gefolge immer nur diffuse Beckenperitonitiden gesehen hat.

Ueber die Art und Weise, wie bei Gonorrhoe die Ovarien erkranken, sprechen sich fast alle Autoren dahin aus, dass der Tripper durch Fortsetzung der Entzündung des Endometriums und der Tubenschleimhaut auf das Ovarium in demselben einen chronischen Reizzustand herbeiführt⁷⁾. Unter unseren Fällen haben wir 17 durch

¹⁾ *Olshausen*, l. c. pag. 29.

²⁾ *Scanzoni*, l. c. pag. 517. 542.

³⁾ *Eustache*, l. c. pag. 562.

⁴⁾ *Emmet*, l. c. pag. 510.

⁵⁾ *Carus*, Lehrbuch der Gynäcologie. 1820. pag. 401.

⁶⁾ *Guérin*. Quelle: *Eustache*, l. c. pag. 558.

⁷⁾ *Schröder*, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane (*Ziemssen's* Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. X.).

Gonorrhoe verursachte Oophoritiden zu verzeichnen. In einzelnen der Fälle, wo man aus der Qualität des Ausflusses nicht entscheiden konnte, ob es sich um einen infectiösen oder nicht infectiösen Catarrh handle, gaben das Vorhandensein von Vaginitis granulosa oder spitzen Condylomen oder eine allfällige Abscedirung der Bartholinischen Drüse den Ausschlag.

In folgendem Falle konnte man die Entwicklung der Krankheit genau verfolgen.

Die 36 Jahre alte Dienstmagd M. N. aus Zürich trat in die Anstalt ein wegen eines Prolapsus vaginae und eines seit kurzer Zeit bestehenden eiterigen Catarrhs. Die Scheidenschleimhaut ist geröthet und granulirt. Beim Eintritt ist an den Ovarien etwas Krankhaftes nicht nachzuweisen. Patientin bekommt während ihres Aufenthaltes in der Anstalt ihre Regeln ohne besondere Beschwerden, sechs Tage lang und schwach (wie früher). Die Behandlung besteht in Bepinslung der stark secernirenden Scheide mit 1 % Sublimatlösung. Etwa 14 Tage nach Aufhören des Blutflusses erkrankt Patientin ziemlich acut und unter fieberhaften Erscheinungen. Das Abdomen wird etwas aufgetrieben und schmerzhaft, besonders in der linken Ovarialgegend. Die Untersuchung ergibt das Vorhandensein einer linksseitigen Oophoritis. In einigen Tagen hat das Fieber einer normalen Temperatur Platz gemacht. Aber schon die nächste Periode zeigt die für die Oophoritis charakteristischen, später zu besprechenden Störungen.

In einem andern Falle sieht man unter heftigen Schmerzen und Fiebererscheinungen sich eine doppelseitige Ovarienentzündung entwickeln.

Der rechte Eierstock (von dem bei Aufnahme des ersten Status mitgetheilt wurde, dass er normale Grösse zeige) schwillt über Nacht bis zu einem fast hühnereigrossen, weichen, sehr schmerzhaften Tumor. Fünf Tage darauf heisst es: Gestern bekam Patientin leichte Schmerzen auf der linken Seite und bei der Untersuchung stellte sich nun eine Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit auch des linken Ovariums heraus.

Dies Alles geschah unter unseren Augen, bei vollkommenster Bettruhe der Patientin innerhalb vier Tagen.

Ausser der infectiösen Endometritis sind auch die entzündlichen Affectionen der übrigen Gewebe des Uterus und seiner Anhänge als weitere veranlassende Momente des in Rede stehenden Leidens angesehen worden und zwar in dem Sinne, dass einige Autoren die Oophoritis immer nur in Folge von chronischer Entzündung des Uterus und seiner nächsten Umgebung wollen gesehen haben, während Andere eine Ovarienentzündung auch ohne Mitbetheiligung der Gewebe der Gebärmutter anerkennen. Auf dieses Vorkommen einer

isolirten uncomplicirten Oophoritis machte, wie wir in der geschichtlichen Skizze bereits mitgetheilt, schon *Ludwig Krüger*, 1762, aufmerksam. Auch wir sind der Ansicht, dass zum Bestehen einer chronischen Oophoritis eine gleichzeitige Entzündung des Uterus durchaus nicht nothwendig ist, können aber nicht leugnen, dass eine Metritis chronica neben einer Oophoritis chronica nicht selten gefunden werden kann. Aus unserem Material haben wir die Ueberzeugung gewonnen, dass in einzelnen dieser Fälle beide Affectionen einer gleichen Ursache ihre Entstehung verdanken, nämlich einer schon mehr oder weniger lange Zeit bestehenden Stauung in den Organen, hervorgerufen durch eine Retroflexion der Gebärmutter, auf welchen Punkt wir sofort zu sprechen kommen wollen.

Von *Kugelman*¹⁾ sind unter den Lageveränderungen der Descensus und Prolapsus uteri als ätiologisch wichtig hervorgehoben worden. Diese Behauptung können wir im Allgemeinen nicht bestätigen, hingegen glauben wir auf eine andere für uns wichtigere Lageanomalie der Gebärmutter aufmerksam machen zu müssen, die eine nicht unbedeutende Rolle bei der Entstehung der chronischen Oophoritis spielt. Wir meinen eben die Retroflexio uteri.

Der sehr innige Zusammenhang zwischen den Gefäßen der Gebärmutter und den Venen der Ovarien bedingt es, dass bei Stauungen im ersteren Organ (die ja durch die Retroflexion um so eher erzeugt wird, da die Uterus-Venen klappenlos sind) auch der Eierstock an derselben theilnimmt. Die Schilderung des nachtheiligen Einflusses und der üblen Folgen solcher Zustände können wir uns wohl ersparen.

Noch einem Punkte müssen wir an dieser Stelle unsere Aufmerksamkeit schenken, da er (wenn auch nur indirect) durch das eben besprochene ätiologische Moment bedingt wird und bislang nicht die gebührende Berücksichtigung gefunden hat, wenn auch *Kugelman*²⁾ schon darauf aufmerksam machte. Wir meinen die Einklemmung eines Ovariums durch einen wegen Retroflexio uteri eingelegten Ring und die daraus hervorgehende Entzündung des Eierstockes. Wir sind im Falle, vereinzelte Beobachtungen dieser Art

¹⁾ *Kugelman*, Gynäcologische Mittheilungen mit Rücksicht auf die Oophoritis; in „Deutsche Klinik“ pag. 133.

²⁾ *Kugelman*, l. c. pag. 133.

vorführen zu können. Gleichzeitig geben wir ein eclatantes Beispiel, wie durch eine längere Zeit hindurch bestehende Retroflexio uteri das Ovarium sich entzünden kann.

Bei der ersten Untersuchung der 26 Jahre alten Seidenweberin M. N. constatirt man eine angeblich seit zwei Jahren bestehende Rückwärtsbeugung der Gebärmutter. Die Ovarien sind beide normal gross, unempfindlich; beide etwas tief liegend. Es wurde ein Ring eingelegt, der unglücklicherweise das tief liegende Ovarium einklemmte und zu einer Entzündung desselben führte.

Das 20jährige chlorotische Mädchen L. St. hat vor einem Jahr normal geboren. Es acquirirte damals eine Erschlaffungs-Retroflexion des Uterus, zu deren Beseitigung Patientin einen Ring tragen musste. Dasselbe verursachte eine Genitalerkrankung, die sämtliche für die uns beschäftigende Affection charakteristischen Symptome hervorrief. Einige Zeit darauf constatirte man eine durch einen linksseitigen perioophoritischen Tumor erzeugte fixirte Latero-Retroflexion der Gebärmutter. In den letzten Wochen schwillt nun auch das rechte Ovarium entzündlich an.

In einem anderen Falle gibt die Einklemmung des linken Ovariums durch ein Hodge'sches Pessar Veranlassung zu einer Oophoritis, die ihrerseits zu Hämatocele führt.

Folgender Fall ist in doppelter Beziehung von höchstem Interesse. Es handelt sich um eine 38jährige Frau, die in ihrer frühesten Jugend immer gesund war, vom 15. bis 22. Jahre an Chlorosis litt. Sie menstruirte im 20. Jahre und zwar von da ab bis zu ihrer Verheirathung, 7 Jahre darauf, äusserst unregelmässig, spärlich, nicht schmerzhaft. Patientin hat 3 Mal geboren. Die ganze weitläufige Krankengeschichte, die wir nur auszugsweise und in ihren Hauptpunkten wiedergeben, zeigt zunächst, wie durch einen wegen Retroflexio uteri eingelegten Ring durch Druck auf das rechte Ovarium eine acute Oophoritis entsteht, die bei der nächsten Regel zu einer Hämatocele retrouterina führt. Der Bluterguss wird langsam resorbirt und es hinterbleibt eine rechtsseitige Perioophoritis, die den Uterus in Retroflexion fixirt erhält. Durch Stauung entwickelt sich eine chronische Metritis und eine entzündliche Schwellung des linken Ovariums, welches anfangs als ganz klein und gesund, schmerzfrei constatirt wurde. Die Mittheilung der genaueren Befunde als Belege für die Richtigkeit des soeben geschilderten Verlaufes wird später pag. 63 gegeben werden. Die Entstehung der Retroflexion lässt sich auf eine Geburt vor drei Jahren zurückführen. Das darauf folgende Wochenbett verlief freilich scheinbar normal; aber Thatsache ist, dass seit jener Geburt die Periode häufiger ist als früher, auch profuser, dass seither mässiger Fluor besteht, daneben Kreuzschmerzen und Obstipation, alles bekannte, charakteristische Symptome einer Rückwärtsbeugung der Gebärmutter.

Was directe mechanische Einflüsse betrifft, die als Stossschlag, Druck von aussen auf die Ovariengegend eingewirkt haben sollen und die als veranlassende Momente der Oophoritis beschuldigt worden sind, so scheinen uns die diesbezüglichen Angaben

nicht grossen Glauben beanspruchen zu dürfen. Die tiefe, geschützte Lage der beweglichen Eierstöcke im kleinen Becken macht es an sich nicht wahrscheinlich und weiter waren wir nicht so glücklich, unter allen unsern 145 Fällen einen ausfindig zu machen, der ätiologisch auf ein Trauma auf die Bauchdecken zurückzuführen gewesen wäre.

Von *Guibout* und *Gallard*¹⁾ wurde als weiteres ursächliches Moment die anstrengende Arbeit an der Nähmaschine hervorgehoben, welche durch die beständige Congestion zu den Genitalien und die geschlechtliche Aufregung, die das Treten derselben, besonders derjenigen mit zwei Pedalen, verursachen, zur Entzündung Veranlassung gebe. Weitere Angaben über irgend welchen Beruf, dessen Ausübung zu chronischer Oophoritis prädisponiren würde, konnten wir in der Literatur nicht finden.

Wenn wir unser Material in dieser Richtung sichten, so sehen wir, dass unter 71 Fällen, über welche Angaben über Beschäftigung vorliegen, 26 Kranke Seidenwinderinnen, Seidenweberinnen, Schneiderinnen, Bett- und Knopfmacherinnen waren, dass also 36,62 % einem Berufe oblagen, bei welchem eine beständige, mehr oder weniger anstrengende Bewegung beider Beine erfordert wird. Dieser hohe Procentsatz dürfte vielleicht annehmen lassen, dass diese Beschäftigung ein begünstigendes prädisponirendes Moment für die chronische Oophoritis abgibt, aber andererseits ist zu bedenken, dass die Seidenweberei hier die meisten Mädchen jener Classe beschäftigt, die bei uns Hülfe sucht. Von den übrigen Kranken waren

6 Puellae publicae,
13 Zimmermädchen;
je 9 Hausfrauen, .
9 Fabrikarbeiterinnen

und die übrigen Fälle vertheilten sich auf Handarbeiterinnen, Landwirthschaft, Kellnerinnen.

Als fernere Veranlassung des uns hier beschäftigenden Leidens ist von *Duncan*²⁾ der Missbrauch der *Alcoholica* angeführt worden. In England bilde derselbe das Hauptcontingent für die Entwicklung der Oophoritis. Wie ein causaler Zusammenhang hier hergestellt werden soll, ist uns vorderhand noch unklar.

¹⁾ *Gallard*, l. c. pag. 720.

²⁾ Quelle: *Eustache*, l. c. pag. 562.

Es würde uns zu weit führen, wollten wir hier noch aller Momente gedenken, die besonders in früheren Zeiten schon als Ursache der Oophoritis beschuldigt worden sind. Da sie zudem sämtlich eine ernste Kritik nicht aushalten würden, haben wir es vorgezogen, dieselben hier vollkommen zu übergehen. Nur eine dieser Fragen möchten wir berühren.

Den allgemeinen Constitutionskrankheiten ist nämlich in der Aetiologie der Oophoritis von mancher Seite grosse Bedeutung zugeschrieben worden. Wir glauben nicht, dass sie jene Rolle zu spielen befugt sind, die ihnen von verschiedenen Autoren, wie *Nélaton, Gallard, Courty, Lawson Tait* und Andern, zugetheilt worden ist, welche eine besondere syphilitische, exanthematische, tuberculöse, scrophulöse, rheumatische Oophoritis anerkennen und einen directen Zusammenhang zwischen Phthisis pulmonum und chronischer Oophoritis betonen. Nur so viel glauben wir zugeben zu müssen, dass die chronische Oophoritis häufig anämische, schlecht genährte, schlaffe Individuen befällt, wobei wir uns freilich wohl bewusst sind, dass die Zustände häufig weniger als prädisponirendes Moment, als vielmehr als Folge der schon bestehenden Erkrankung anzusehen sind.

Darüber scheinen alle Beobachter einig zu sein, dass die chronische Oophoritis häufig aus der acuten sich herausbildet, gleichsam nur eine der Endstadien der acuten Entzündung des Organs darstellt und dass sie in Folge dessen aus allen mit dieser letzteren in causalem Zusammenhange stehenden ätiologischen Momenten hervorgehen könne. Während aber *Churchill* u. A. das uns beschäftigende Leiden nur auf diese Weise wollen entstehen lassen, nehmen *Boivin et Dugès, Lawson Tait, Scanzoni, Kiwisch, Eustache, Schroeder* u. A. an, und diesen müssen wir uns anschliessen, dass die chronische Oophoritis nicht selten auch mehr schleichend auftreten kann, so dass man nicht im Stande ist, mit Sicherheit zu bestimmen, wann die Krankheit begonnen hat.

Wie wir aus unsern Fällen haben entnehmen können, handelt es sich gewöhnlich um verheirathete Frauen. Ganz allmählig nach der Heirath, nach durchgemachten Geburten, also nachdem jene die menstruelle Congestion steigernden Einflüsse längere Zeit und wiederholt eingewirkt haben, werden die Frauen allmählig kränklich; sie haben dann und wann Schmerzen im Unterleib. Die sonst regel-

mässigen periodischen Blutungen zeigen Unregelmässigkeiten in verschiedenster Beziehung. Die Beschwerden sind aber im Allgemeinen nicht so hochgradig, dass Patientin das Bett hüten müsste, aber das Gehen, Treppensteigen, die Defäcation, wohl auch der Coitus ist schmerzhaft, was früher nicht der Fall war. Erst eine Exacerbation, hervorgerufen durch irgend welchen Insult während der Menstruation, bewegt die Frau, einen Arzt zu consultiren, der dann das Vorhandensein einer chronischen entzündlichen Schwellung des Ovariums constatiren kann. — Fälle solcher Art findet man auf pag. 34.

Der causale Zusammenhang zwischen gestörter Menstruation und Oophoritis kann nicht genug betont werden. Sehr oft lässt sich der Beginn einer Oophoritis auf eine menstruelle Epoche zurückführen, bei welcher irgend welche Schädlichkeit die physiologische Congestion zu einem pathologischen Grade gesteigert und so zur Entzündung des Ovariums geführt hat.

Diese Schädlichkeiten sind verschiedenster Art.

Die häufigste ist wohl die Erkältung; sei es nun, dass die menstruirende Frau¹⁾ ein Bad im Fluss oder See nimmt, oder sich bei Witterungswechsel, besonders bei feuchter Witterung, nicht warm und trocken genug hält, am Durchzug sitzt u. s. w.

Nächst der Erkältung findet man ein wichtiges veranlassendes Moment unserer Krankheit in übermässiger Anstrengung, starken Erschütterungen des Körpers und unter diesen ist speciell das Tanzen während der Regel das häufigste und schädlichste. In nicht seltenen Fällen betheiligen sich gleichzeitig die eben erwähnten beiden Schädlichkeiten, Erkältung und Ueberanstrengung, z. B. bei einer Wäsche, an der Entstehung der Oophoritis.²⁾

¹⁾ Wir glauben im Interesse einer schärferen Präcisirung hier betonen zu müssen, dass wir bei dem Ausdrücke „menstruirende Frau“ nicht blos an jenes Individuum denken, welches eben seine periodische Genitalblutung hat, sondern dass wir darin auch die Person einschliessen, bei welcher sich gerade jene wichtigen physiologischen Vorgänge im Genitalsystem nicht nur, sondern im ganzen Organismus abzuspielen beginnen, die bekanntlich schon einige Tage vor Eintritt der Blutung nach aussen sich geltend machen.

²⁾ Ob für die selteneren Fälle, bei denen nämlich die Erscheinungen (Schmerz, Sistiren der Blutung u. s. w.) angeblich erst einige Stunden nach dem Tanzen auftraten (vide pag. 33.), man nicht mit Recht anstatt Tanzen als ätiologisches

Dass in der Nähe der Regel ausgeübter Coitus oder sonstige geschlechtliche Aufregung noch viel mehr als ausserhalb der Catamenien ihren schädlichen Einfluss auf die Ovarien werden entfalten können, liegt wohl auf der Hand.

Auf moralische Emotion während der Periode als ätiologisches Moment machen *Churchill*¹⁾ u. A. aufmerksam.

Bisweilen ist eine Schädlichkeit, die auf die menstruirende Frau eingewirkt hätte, nicht nachzuweisen.

Wir glauben keinen bessern Beleg für die Richtigkeit dieser soeben ausgesprochenen Behauptungen geben zu können, als dadurch, dass wir einzelne ausgewählte Stellen aus unseren Krankengeschichten kurz gefasst wiedergeben. Dabei wird es sich nicht vermeiden lassen, dass wir gleichzeitig auf einzelne der ersten Symptome der beginnenden Erkrankung zu sprechen kommen, so dass wir später bei der Schilderung des klinischen Bildes zum Theil auf diese Zeilen werden zurückweisen müssen.

Das 21jährige Zimmermädchen M. N. stammt aus gesunder Familie, hat in ihrer Jugend keine besondere Krankheit durchgemacht. Mit dem zwölften Jahre menstruiert, war die Periode von Anfang an immer regelmässig. Blutung war anfänglich gering, wurde mit den Jahren stärker, verursachte nie Schmerzen. Vor einem Jahr hat Patientin unehelich geboren. Vor fünf Wochen bekam sie ihre Periode am erwarteten Tage wieder. Sie zeigte auch dieses Mal nichts Besonderes; sie war wie gewöhnlich mässig stark, dauerte drei Tage, war durchaus schmerzlos. Während der Periode will sich Patientin bei einer Wäsche überangestrengt und erkältet haben und diesem Umstande schreibt sie es zu, dass fünf Tage, nachdem die Blutung aufgehört und während welcher Zeit sie über ein unangenehmes Gefühl im Abdomen zu klagen gehabt hatte, unter intensiven, stechenden Schmerzen rechts im Unterleibe wieder eine starke Blutung aus den Genitalien erfolgte, die zwei Tage anhielt. Seither hütet Patientin wegen dieser starken, stechenden Schmerzen im Unterleib das Bett und ebenfalls seit dieser Zeit fühlte sie sich müde und matt. Sie verlor den Appetit, hat bald abendliche Temperatursteigerungen, bald friert sie wieder.

Die 20 Jahre alte Dienstmagd A. B. hatte vor zwei Monaten ihre Regel, die gegenüber den frühern etwas von Belang nicht darbot. Während derselben war sie bei Regenwetter total durchnässt worden. Circa drei Tage

Moment, geschlechtliche Aufregung, Coitus substituieren könnte, möchten wir zwar nicht mit voller Bestimmtheit behaupten; doch würden wir vielleicht damit in einigen Fällen eher das Richtige getroffen haben.

¹⁾ *Churchill*, l. c. pag. 644.

nach der Periode bekam Patientin plötzlich ein Stechen in der rechten Inguinalgegend an einer ganz circumscribten Stelle, dreiquerfingerbreit rechts von der Linea alba. Seither kränkelt Patientin beständig.

Vor 1½ Jahren badete die 20 Jahre alte, intacte Person A. B. zwei Tage vor Eintritt der periodischen Blutung im See. Kurz darauf bekam sie heftige, stechende Schmerzen im Leib und im Kreuz, die erst aufhörten, als das Blut zu fließen begann. Seither sind die früher regelmässigen, schmerzlosen, mässig starken Regeln profuser und kehren bald zu früh bald zu spät wieder. Sie sind von Schmerzen im Unterleibe begleitet. Ausserdem leidet Patientin seit dieser Zeit an Schmerzen stechender Art im Abdomen und im Kreuz, an Appetitlosigkeit, saurem Aufstossen. Patientin ist hochgradig anämisch, leidet schon seit Jahren an weissem Fluss.

In einem anderen ähnlichen Falle badete Patientin einen Tag vor der zu erwartenden Periode. Dieselbe aber blieb aus und kehrte erst nach einem Jahre wieder, während welcher Zeit sich Patientin sehr krank gefühlt hatte.

In einem anderen Falle heisst es: Patientin badete diesen Sommer öfters im See; vor drei Wochen traten nach einem solchen Bade heftige Unterleibschmerzen auf und bald darauf erschien die Menstruation. Sie war nicht stärker als früher, aber äusserst schmerzhaft.

A. B., 24 Jahre alt, Seidenweberin, menstruirte mit 14 Jahren. Periode war immer regelmässig, stark, verursachte leichte Kreuzschmerzen. Patientin hat drei Mal geboren, normale Wochenbette durchgemacht. Vierzehn Tage vor Eintritt in die Anstalt stellten sich, im Anschluss an eine Regel, wahrscheinlich in Folge von Erkältung, krampfartige Schmerzen im Unterleibe ein. Dieselben steigerten sich bald zu solchem Grade, dass Patientin die Arbeit aufgeben und sich zu Bette legen musste. Bauch war nicht aufgetrieben, dagegen in seinen untersten Parthien äusserst schmerzhaft. Seit dem Eintritt der Schmerzen fliesst fast beständig etwas Blut aus den Genitalien. Patientin fiebert mässig, fühlt sich äusserst unwohl.

Am 21. Juli 1881 bekam das sonst gesunde, kräftige, normal, durchaus schmerzlos menstruirte 24jährige Dienstmädchen ihre Periode wieder am erwarteten Tage. Am 23. Juli, die Blutung war noch stark, war Patientin so unklug, zu tanzen. Mitten im Tanze cessirte der Blutabgang, der nach der Regel noch einige Tage hätte anhalten sollen, plötzlich. Patientin verspürte aber gar keine Schmerzen bis am anderen Morgen. Während der Nacht war sie sehr aufgereggt und konnte sie kaum schlafen. Am 25. Juli bekam sie intensive, stechende Schmerzen im Unterleib, besonders auf der linken Seite; seither bestehen diese Schmerzen, die am 8. August so exacerbirten, dass Patientin sich gezwungen sah, sich in's Bett zu legen. Sie will immer etwas gefiebert haben. Stuhlgang in Ordnung. Exurese ungestört. An Fluor hat Patientin nie gelitten.

In einem andern Falle tanzte die Person am Tage, wo ihre Periode eingetreten war. Sie bekam darauf so heftige Schmerzen im Unterleib, dass sie sofort zu tanzen aufhören musste. Beim Nachhausegehen hörte die Blutung plötzlich auf; seither kränkelt Patientin fast beständig.

Die 26 Jahre alte Hausfrau C. D. war früher immer gesund; sie menstruierte mit 15 Jahren. Die Periode war anfangs äusserst unregelmässig, nach Pausen von 6—8—12 Wochen. Die Regeln waren absolut schmerzlos und dauerten höchstens vier Tage, waren sehr spärlich. Vom 20. Jahre an wurden die Catamenien regelmässig, vierwöchentlich. Mit einem Male traten während einer periodischen Blutung sehr heftige Schmerzen im Unterleibe auf und zwar ganz unten im Becken. Die Regel nahm ihren Verlauf sonst ungestört weiter. Diese Schmerzen kamen, nachdem Patientin während der Menstruation getanzt hatte, was sie und ihre Mutter als ursächliches Moment beschuldigen. Seither bestehen alle Erscheinungen einer chronischen Oophoritis.

P. B., 22 Jahre alt, Seidenweberin, weiss keine Schädlichkeit anzugeben, der sie sich während der letzten Regel ausgesetzt hätte. Sie erkrankte am dritten Tage ganz acut unter fieberhaften Erscheinungen, heftigem Stechen im Unterleib und Sistiren der Blutung nach aussen.

Bisweilen treten bei ganz jungen Mädchen, nicht selten schon mit der ersten Periode ohne näher bekannte Veranlassung die ersten Symptome einer Ovarienentzündung auf und von diesem Augenblick an sind die betreffenden Individuen jahrelang kränklich, anämisch, chlorotisch, leiden beständig an den verschiedensten Unterleibs- und Menstruationsbeschwerden.

Beim Studium solcher Fälle, deren unser Material verschiedene aufweist, haben wir den Eindruck bekommen, als ob es sich gewöhnlich um von Haus aus schon chlorotische, blutarme Mädchen gehandelt hätte. Die erste Menstruation war eine äusserst schwache, aber durchaus schmerzlose; die periodischen Blutungen blieben spärlich und setzten dann, nachdem sie vielleicht 1—2—3 Mal erschienen waren, für einige Monate aus. In dieser Zeit der Amenorrhoe steigerte sich die Chlorose; dann begann Patientin über unangenehme Empfindungen bald rechts, bald links im Abdomen zu klagen. Kurz vor Eintritt der nächsten Menstruation wurden diese Dysästhesien zu intensivem Stechen, Schmerzen im Abdomen und im Kreuz. Die Periode trat unter den verschiedensten Allgemeinstörungen auf und das Leiden war manifest. Wir glauben annehmen zu dürfen, dass in solchen Fällen die Congestion zu den Genitalien in Folge der allgemeinen Ernährungsstörung eine zu schwache war, dass es häufig zu keiner Berstung des *Graaf*'schen Follikels kommen konnte und dass dadurch die gleichen störenden Verhältnisse in der Ernährung der Eierstöcke eintraten, wie wenn das Organ in Exsudatmassen eingebettet ist. Die gestörten Ernährungsverhältnisse gaben zur Entstehung der Entzündung Veranlassung.

Folgende Fälle mögen diese Art der Entwicklung der Oophoritis darthun:

Das 27 Jahre alte Dienstmädchen O. S. litt in seiner Jugend an Chlorose. Die erste Periode trat im achtzehnten Jahre ein, sie kehrte nur ein Mal wieder und blieb dann drei Jahre aus. Im dritten Jahre bekam Patientin allmählig auf der rechten Seite des Abdomen stechende Schmerzen, die beinahe beständig anhielten. Dann kamen die Regeln wieder, die von nun an immer unregelmässig, bald alle 14 Tage erschienen, bald erst nach vier- bis sechs-wöchentlichen Intervallen sich wiederholten. Seither kränkelt Patientin beständig; sie leidet an chronischer Oophoritis.

Bei der 26jährigen Fabrikarbeiterin A. P. traten die Menses im fünfzehnten Altersjahr zum ersten Mal auf, nachdem ein Vierteljahr vorher sich ausgesprochene Zeichen von Chlorose eingestellt hatten. Die Catamenien waren von Anfang an sehr unregelmässig, schmerzhaft und dauerten drei bis vier Tage. Schon einige Tage vorher hatte Patientin stechende Schmerzen im Unterleib, welche mit Eintritt der Blutung bedeutend nachliessen. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein einer chronischen Oophoritis.

Wenn wir nun zum Schluss noch die Frage zu beantworten versuchen, ob die uns beschäftigende Affection häufiger einseitig oder doppelseitig vorkomme und ob das Ovarium der einen Seite häufiger erkrankte als das der andern, so können wir uns folgendermassen aussprechen.:

Im Allgemeinen wird angenommen, dass die chronische Entzündung häufiger nur einen Eierstock befallt. *Schröder*¹⁾ gibt zwar an, dass die chronische Oophoritis in der Regel doppelseitig sei. Befällt die Krankheit beide Ovarien, darin scheinen wohl neuere Beobachter einig zu sein und auch wir können dies bestätigen, so ist die Affection auf der einen Seite gewöhnlich ausgesprochener als auf der andern. Besteht Oophoritis chronica duplex, so resultire sie meistens, wenn auch nicht immer, aus sexuellen Excessen (*Lawson Tait*²⁾), oder aber sie trete zu einer bereits bestehenden chronischen Metritis hinzu (*Kiwisch*³⁾).

Aus unseren Fällen lässt sich entnehmen, dass die doppelseitige Erkrankung am häufigsten Folge ist von Gonorrhoe; sodann ist es die Retroflexio uteri, die am meisten bilaterale Oophoritiden erzeugt (vide unten pag. 31.)

¹⁾ *Schröder*, Krankheiten des weiblichen Geschlechts. 1879. pag. 347.

²⁾ *Lawson Tait*, l. c. pag. 16.

³⁾ *Kiwisch*, Klinische Vorträge. II. pag. 46.

Das Alterniren der Krankheit, das Uebergehen der Entzündung von einem Ovarium auf das andere, betonen *Duncan*¹⁾ und *Olshausen*²⁾. Auch wir sind im Falle, verschiedene Beobachtungen vorführen zu können, aus denen wir ersehen, wie die Krankheit unter unseren Augen bei ruhiger Bettlage der Patientin plötzlich von der einen Seite auf die andere übergeht, die Entzündung hier abnimmt, dort exacerbirt u. s. w. (die einschlägigen Fälle findet man pag. 62).

Betrifft die Krankheit nur ein Ovarium, «dann ist es bei Weitem häufiger das linke als das rechte,» dahin geht das allgemeine Urtheil, dem wir uns nicht anschliessen können. *Löwenhardt*³⁾ und *Kugelman*⁴⁾ fanden das rechte Ovarium häufiger chronisch entzündet als das linke. Letzterer Autor glaubt aber, dass linksseitige chronische Oophoritis häufiger würde entdeckt werden, wenn man sich die Mühe nähme, die linke Beckenhälfte mit der Hand abzutasten. Den Grund für die häufige Erkrankung des linken Ovariums sucht *Chéreau*⁵⁾ im vollen Rectum, das einen Druck auf das Organ auszuüben im Stande sei.

Aus der Casuistik lernten wir nur folgende Zahlenangabe *Duncan's*⁶⁾ kennen, der unter 12 Fällen von chronischer Entzündung des Eierstockes neun Mal das linke, drei Mal das rechte Ovarium erkrankt fand.

Ueber die acute Oophoritis sind die diesen Punkt betreffenden Zahlenangaben reichlicher. So sah

*Chéreau*⁷⁾ in einer Reihe von 39 Beobachtungen

25 linksseitige, 11 rechtsseitige und 3 doppelseitige acute
Oophoritiden.

*Gallard*⁸⁾ unter 4 Fällen

3 linksseitige 1 doppelseitige.

¹⁾ *Duncan*, l. c. pag. 195.

²⁾ *Olshausen*, l. c. pag. 31.

³⁾ *Löwenhardt*, Diagnostisch-praktische Abhandlungen aus dem Gebiete der Medicin durch Krankheitsfälle erläutert. I. Prenzlau 1835.

⁴⁾ *Kugelman*, l. c. pag. 133.

⁵⁾ *Chéreau*, l. c. pag. 97.

⁶⁾ *Duncan*, l. c. pag. 195.

⁷⁾ *Chéreau*, l. c. pag. 155.

⁸⁾ *Gallard*, l. c. pag. 739.

*Tanchou*¹⁾ unter 10 Fällen

8 linksseitige 2 doppelseitige.

Von unseren 145 Fällen betrafen

53, also 36,2 %, das linke Ovarium,

62, also 42,7 %, das rechte Ovarium und waren

30, also 20,7 %, doppelseitige Oophoritiden.

Von den 30 Fällen von Oophoritis chronica duplex betrafen

11 Fälle (37 %) mehr die rechte Seite,

13 Fälle (43 %) mehr die Linke.

Bei 6 Fällen (20 %) konnte ein sicherer Entscheid in dieser Beziehung nicht getroffen werden.

Von den 30 doppelseitigen Ovarienentzündungen wurden

13 Fälle (43 %) durch Gonorrhoe verursacht, bestand in

3 Fällen (10 %) ein nicht infectiöser Uterincatarrh.

Bei 7 Fällen (23,3 %) musste Retroflexio uteri als ätiologisches Moment angesehen werden und in den letzten

7 Fällen war ein solches nicht nachzuweisen.

III. Symptomatologie.

Das Krankheitsbild einer beginnenden Oophoritis ist ein total verschiedenes, je nachdem die Entzündung plötzlich, z. B. während einer Menstruation entsteht, oder von Haus aus ganz allmählig, ja schleichend die Frau befällt.

Für jene Fälle, wo die Affection in innigem causalen Zusammenhang mit der Menstruation steht, während, kurz vor oder nach einer periodischen Blutung auftritt, mussten wir schon bei der Aetiologie im Interesse einer möglichst geringen Zersplitterung des uns zur Verfügung stehenden Materials einiger Symptome und Erscheinungen Erwähnung thun und wir verweisen daher auf die pag. 26 mitgetheilten Beobachtungen, denen wir zunächst noch folgende Fälle anschliessen.

¹⁾ *Tanchou*, vide Chéreau, l. c. 155.

Die 26 Jahre alte Dienstmagd O. R. war in der Jugend immer gesund; sie wurde mit dem fünfzehnten Jahre menstruiert. Die Regel kam in den ersten zwei Jahren schon alle 14 Tage, dauerte drei bis vier Tage, war ziemlich stark, aber immer vollkommen schmerzlos. Nachher wurde die Periode vierwöchentlich. Patientin ist seit 14 Tagen krank. Am 1. Mai bekam sie ihre Regel; die Blutung dauerte schon sechs Tage, als Patientin plötzlich sehr heftige Schmerzen im Unterleib bekam; dazu Frösteln und Fieber. Zugleich hatte sie Schmerzen beim Urinieren und bei der Defäcation. Dabei dauerte die Regel noch während sieben Tagen und war sehr profus. Druck auf den aufgetriebenen Unterleib war sehr schmerzhaft, besonders auf der linken Seite. Seither hat sich Patientin nie mehr wohl gefühlt. Patientin hat viel Durst. Appetit liegt darnieder. Verstopfung. Zu Hause soll hohes Fieber bestanden haben. Beim Eintritt in die Anstalt, acht Tage nach Beginn der Erkrankung, beträgt die Temperatur 39° C. Tags darauf nur noch $38,5^{\circ}$ C. mit 104 weichem, kleinem Puls. Nach fünf Tagen ist die Temperatur normal, der Puls um 90 herum, von bedeutend besserer Qualität. Schon nach wenigen Tagen constatirt man, dass die Schmerzen bedeutend abgenommen haben. Die combinirte Untersuchung, die beim Eintritt der Schmerzen wegen kaum möglich war, lässt nunmehr mit Sicherheit das Vorhandensein einer Ovarientzündung constatiren.

Die 23jährige Puella publica A. P. menstruierte im dreizehnten Jahr zum ersten Mal. Bis zum einundzwanzigsten Jahr war die Periode äusserst unregelmässig und setzte beinahe volle zwei Jahre aus, während welcher Zeit Patientin an hochgradiger Chlorose litt. Vom zwanzigsten Jahre an wurden die Menses regelmässig, traten monatlich auf, dauerten vier Tage und waren eher schwach, durchaus schmerzlos. Vor zwei Wochen trat die Periode am erwarteten Tage wieder ein; sie war wie gewöhnlich schwach, hielt drei Tage an. Am Abend des ersten Tages erkrankte Patientin mit Schüttelfrost, heftigen Unterleibsschmerzen, Kreuzweh, Drängen nach unten, Dysurie, hartnäckiger Obstipation, schmerzhafter Defäcation. Schon ein paar Tage vor Eintritt der Periode hatte sich Patientin unwohl gefühlt. Seit acht Tagen fiebert Patientin beständig. Viel Kopfweh, viel Durst. Beim Eintritt misst man $39,5^{\circ}$ C. und über 100 Puls. Nach etwa einer Woche, also etwa 20 Tage nach Beginn der Erkrankung, hat Patientin nur noch abendliches Fieber und nach einigen Tagen ist die Temperatur vollkommen normal. Die spontanen Schmerzen nehmen etwas ab sind weniger scharf stechend. Stuhlgang bleibt retardirt und schmerzhaft. Dysurie schwindet.

Vor 17 Tagen, als bei der 23 Jahre alten, blutarmen Dienstmagd die Regel zur richtigen Zeit sich einstellte, fühlte Patientin ein Frösteln und plötzlich auch so starke stechende Schmerzen im Unterleib, dass sie sich in's Bett legen musste. Die Periode war dieses Mal viel profuser als sonst und hielt anstatt vier Tage volle zwei Wochen an. Die anhaltenden Schmerzen im Abdomen und die später noch aufgetretene Erscheinung der schmerzhaften Defäcation bewogen Patientin, in der Anstalt Hülfe zu suchen. Beim Eintritt hohes Fieber; 13 Tage darauf, also einen Monat nach Beginn der Erkrankung,

heisst es, Patientin sei vollkommen fieberfrei; das Befinden sei ein besseres, die Schmerzen hätten an Intensität bedeutend abgenommen u. s. w.

Die jetzige Erkrankung der früher immer gesunden und normal menstruirten 19jährigen Kellnerin S. K. begann ganz acut vor zwei Monaten mit heftigen schneidenden Schmerzen im Unterleib am zweiten Tage einer Periode, die sofort sistirte. Patientin legte sich zu Bett, fühlte sich äusserst unwohl, hatte Fieber und fröstelte einige Male. Bis zum Eintritte in die Anstalt hatte Patientin Urinbeschwerden, wie schmerzhaftes Harnlassen, Harndrang, auch vorübergehende Retention, daneben hartnäckige Obstipation. Nach vierzehntägigem Aufenthalt wird berichtet, dass die spontanen Schmerzen bedeutend weniger stechen, mehr spannend, krampfartig seien, zeitweise auch ganz fehlen, während Druck auf beide Ovariengenden noch sehr schmerzhaft ist. Die Dysurie und Defäcation weniger lästig. Das Allgemeinbefinden erheblich gebessert.

Beschäftigen wir uns nun zunächst an Hand dieser Beobachtungen mit dem Verhalten der Blutung im einzelnen Falle und mit dem auftretenden Schmerz, so sehen wir manchmal, aber durchaus nicht immer, eine plötzliche Unterdrückung des Menstrualflusses (der noch einige Tage hätte anhalten sollen) nach Aussen sich einstellen.

Dass diese, gemeiniglich *Suppressio mensium* genannte Erscheinung durchaus nicht in den Symptomencomplex unserer Affection gehört, müssen wir jenen Autoren gegenüber scharf betonen, welche sie in allen Fällen beobachtet haben wollen. Die *Suppressio mensium* kann auftreten, fehlt aber eben so oft. Im ersten Falle sistirt die periodische Blutung entweder sofort nach erfolgter Einwirkung der Schädlichkeit oder erst einige Stunden darauf. Im Gegensatz hiezu wird die Blutung nach einzelnen unserer Beobachtungen profuser und dauert länger, als es sonst zu geschehen pflegte. Nur selten erleidet der Blutfluss keine erhebliche, nennenswerthe Veränderung. Einen triftigen Grund für diese verschiedenen Varietäten konnten wir aus unseren Krankengeschichten nicht finden.

Der Schmerz stellt sich häufig gleichzeitig mit der plötzlichen Unterdrückung des Blutflusses nach aussen ein; andere Male erst einige Stunden nach Einwirkung der Schädlichkeit. Es kommt auch vor, dass die Erkrankung erst einige Tage nach Aufhören der menstruellen Blutung auftritt, dabei kann gleichzeitig eine neue Blutung aus den Genitalien sich kundgeben. Ihrem Charakter nach sind die Schmerzen intensiv stechender Art und sitzen in den unteren Abdominalparthien, hauptsächlich auf der betreffenden erkrankten Seite

und im Kreuz. Sehr häufig besteht heftige Dysurie, bisweilen sogar Retentio urinae. Die Defäcation ist sehr schmerzhaft.

Ausser der Blutung und dem Schmerz tritt als wichtiges, nie fehlendes Symptom Fieber auf, welches auch in allen jenen Fällen beobachtet wird, wo es sich um eine reine Oophoritis, ohne Peri-oophoritis, ohne wesentliche, durch die Untersuchung nachweisbare Mitbetheiligung des Bauchfells handelt, so dass die Temperaturerhöhung nicht von vorneherein einer Beckenperitonitis zugeschrieben werden darf.

Ganz im Beginn kann das Fieber ein sehr hohes sein und es wird die Krankheit häufig mit Frösteln, bisweilen sogar mit einem Schüttelfroste eingeleitet. Nach einigen Tagen geht das Fieber herunter, um nach 1—2—3 Wochen, bisweilen schon nach wenigen Tagen einer normalen Temperatur Platz zu machen. Die Pulsfrequenz entspricht vollkommen den Temperaturhöhen. Puls ist weich, klein. Das Allgemeinbefinden ist sehr gestört. Die Patientinnen klagen über Kopfweh, Mattigkeit, viel Durst. Abdomen ist nicht immer aufgetrieben, häufig gespannt, schon bei leisem Druck, besonders in der Ovariengegend, so schmerzhaft, dass man ganz in den ersten Tagen der Erkrankung von einer genauen, combinirten Untersuchung absehen muss, bis man in zehn bis vierzehn Tagen, nachdem der tympanitische, meteoristische Unterleib wieder flach, weich, unter weniger Schmerzen eindrückbar geworden ist, sich von der entstandenen entzündlichen Ovarialgeschwulst überzeugen kann. Auch die spontanen Schmerzen nehmen ab, bekommen besonders einen ganz anderen Charakter, sind weniger stechend, mehr stumpf. Die anfangs so quälende Dysurie macht verschiedenen weniger lästigen Urinbeschwerden Platz. Die äusserst schmerzhafteste Defäcation geht nunmehr im Allgemeinen leichter von statten. Das Allgemeinbefinden wird ein besseres und so kann die Oophoritis allmählig in Heilung übergehen, oder es entwickelt sich aus ihr im Verlaufe einiger Wochen die chronische Entzündung des Ovariums, zu deren genaueren Symptomatologie wir sofort schreiten wollen, nachdem wir vorher die uns beschäftigende Affection durch Vorführen entsprechender Stellen aus unseren Krankengeschichten allmählig schleichend haben entstehen lassen.

Die 24jährige Seidenwinderin K. H. war in ihrer Jugend etwas schwächlich, machte aber keine besondere Krankheit durch. Sie menstruirte zum

ersten Mal im vierzehnten Jahre, vierwöchentlich regelmässig. Die mittelstarke Blutung dauerte drei bis vier Tage. Im ersten Jahr war die Periode durchaus schmerzlos. Nach und nach aber verliefen die menstruellen Blutungen nicht mehr so ohne weitere Störung, sie verursachten allerlei Beschwerden. Schon drei Tage vor Eintritt der Blutung traten stechende Schmerzen im Abdomen ein, die mit Beginn derselben vergingen. Vor drei Jahren verheirathete sich Patientin und ein Jahr darauf wurde sie in der Anstalt mit der Zange entbunden. Seit der Geburt sind die Schmerzen vor Eintritt der Periode bedeutend stärker als früher und zwar besonders im Unterleib, weniger im Kreuz. Die Periode ist seither auch unregelmässig. Beim Stuhlgang, der retardirt ist, hat Patientin Schmerzen im Kreuz. In der letzten Zeit fühlt sie sich äusserst schwach und matt, wird bei der Arbeit leicht von Schwindel befallen, kann weder lange sitzen noch lange gehen, ohne unerträgliche Schmerzen oder sonstige Beschwerden zu haben.

Seit ihrer Verheirathung leidet die 36jährige Landarbeiterin K. L. an Dysmenorrhoe einige Tage vor Eintritt der Periode, die früher durchaus schmerzlos, regelmässig war. Patientin ist Mutter von 6 Kindern. Geburten und Wochenbette verliefen innerhalb der physiologischen Grenzen. Seit drei Jahren ist die Dysmenorrhoe bedeutend stärker geworden, indem schon einige Tage vor Eintritt der Menses äusserst intensive Schmerzen stechender Art sich kundgeben, die mit der Blutung aufhören. Seit dieser Zeit fühlt sich Patientin schwach, unwohl, kränklich, ohne deshalb einen Arzt consultirt zu haben. Das vorliegende Leiden, welches Patientin zu uns führt, datirt sie seit drei Wochen. Bei einer Periode bekam Patientin sehr heftige Schmerzen auf der linken Abdominalseite, Schmerzen, die nicht gegen das Bein hin ausstrahlten, sondern fix sind, beim Stehen und Gehen heftiger als beim Liegen. Heftige Kopfschmerzen, besonders vor der Regel, die profuser ist als früher.

Die 33 Jahre alte Seidenweberin A. S. wurde erst im zwanzigsten Jahre zum ersten Mal menstruiert. Anfangs waren die Menses regelmässig, vierwöchentlich, acht Tage lang dauernd, schwach, schmerzlos. Patientin hat drei Mal normal geboren. Schon kurz nach ihrer Verheirathung vor vier Jahren begann die Periode unregelmässig zu werden, war zeitweise profus, bald wieder spärlicher. Schon einige Tage vor Eintritt derselben fühlte sich Patientin unwohl, hatte über Schmerzen im Unterleib, besonders auf der rechten Seite, zu klagen. Nach der zweiten Geburt exacerbirten diese Schmerzen nicht nur, sondern sie machten sich auch unabhängig von der Periode geltend. In der letzten Zeit hat Patientin viel über Harndrang, Schmerzen beim Uriniren und bei der Defäcation zu klagen. Das Allgemeinbefinden ist gestört, Patientin fühlt sich sehr krank.

Wie wir also sehen, bestehen die prägnantesten Symptome der chronischen Oophoritis in Schmerzen, Störungen der Exurese und Defäcation, typischen, für die Krankheit charakteristischen Menstruations-Anomalien, Störung des Allgemeinbefindens; dazu kommen im späteren Verlaufe: nervöse Symptome, Hysterie, Sterilität, welche

Erscheinungen wir nunmehr alle der Reihe nach etwas eingehender besprechen wollen.

Der Schmerz ist entweder einseitig oder doppelseitig, je nachdem die Entzündung nur eines oder beide Ovarien betroffen hat. Bei doppelseitiger Oophoritis hört man die Frauen bisweilen klagen, dass, während der Schmerz letzte Woche besonders rechts sehr heftig war, derselbe seit einigen Tagen auf der linken Seite einen bösartigen, stechenden Charakter angenommen habe, während er rechts bedeutend dumpfer, erträglicher geworden sei.

Die Qualität des Schmerzes ist eine ganz verschiedene und davon abhängig, ob die Entzündung schon längere Zeit im chronischen Stadium besteht, oder aber vor Kurzem aus irgend einem der uns bekannten Gründe eine acute Exacerbation erlitten hat. In diesem letzteren Falle ist der Schmerz ein ganz bestimmter, fixer, auf eine kleine Stelle in der Fossa iliaca beschränkter, äusserst lebhafter, stechender. Verharrt hingegen die Entzündung schon lange im chronischen Stadium, so klagen die Patientinnen mehr über ein vages, unangenehmes, lästiges Gefühl, über einen dumpfen Schmerz im Unterleibe. Bald wiegt Dysästhesie, Schwere, Völle in der Tiefe des Beckens vor, bald beziehen sich die Klagen unserer Frauen mehr auf zusammenziehende, spannende, zupfende Schmerzen im Abdomen, ein anhaltendes, unaufhörliches Unwohlsein hervorrufend. Der Schmerz zeigt grosse Neigung, sich auszubreiten, und strahlt besonders gerne in's Kreuz, in die Hüfte, in die untere Extremität der betroffenen Seite aus. Bald haben diese Schmerzen einen neuralgischen Charakter, bald haben die Kranken das Gefühl der Schwere im Beine, das sie kaum mehr zu heben vermögen (das Treppensteigen ist sehr erschwert). Ausserdem bestehen zuweilen klemmende, zusammenziehende Schmerzen im Scheideneingang und im Damm. Die gleichen Patientinnen klagen auch über ein unangenehmes Gefühl, über ein Stechen in der Aftergegend, das bisweilen beständig anhält und die Kranken zeitweise verhindert, eine andere als die ruhige Rückenlage anzunehmen. Während durch Bettruhe diese sämtlichen Beschwerden nachlassen, die Frauen sogar in weniger schlimmen Fällen sich ordentlich wohl fühlen können, exacerbiren die Schmerzen bei jeder körperlichen Anstrengung und der sonst dumpfe Schmerz kann bisweilen schon durch Stehen und Gehen sich zu einem solchen stechenden, unerträglichen

steigern, dass die Patientinnen wieder gezwungen werden, sich in's Bett zu legen. Der Beischlaf ist nicht selten enorm schmerzhaft und es muss in Folge dessen häufig davon abgestanden werden. Dass Druck auf die entzündeten Ovarien schmerzhaft ist, liegt auf der Hand. Doch darüber später.

Die Defäcation erhöht die Schmerzen um ein Beträchtliches, besonders da der Stuhl gewöhnlich retardirt, träge ist, bisweilen fünf bis sechs Tage ausbleibt und nur auf Medication hin erfolgt. Freilich wechseln, besonders beim Ovarialprocess, bisweilen in kürzester Zeit feste mit diarrhoischen Stühlen ab. Dann haben die Kranken ein unaufhörliches Drängen auf den Mastdarm, einen sehr lästigen Tenesmus und Stuhlzwang. Die schmerzhaft Defäcation soll sich besonders bei linksseitigem Sitze der Ovarienentzündung durch den Druck der harten Fäces auf das kranke Ovarium geltend machen. Wir konnten uns davon nicht überzeugen.

Die Exurese erleidet häufig bedeutende Störungen. Zunächst beschränken sich die Klagen lediglich auf häufigen Harndrang, der ohne Schmerzen befriedigt werden kann; später wird der Drang zum Wasserlassen ein unaufhörlicher, die Kranken sehr quälender, besonders, da die Exurese nunmehr schmerzhaft geworden ist.

Seit zwei Jahren hat Patientin Urinbeschwerden; sie muss häufig uriniren, hat dabei einen beständigen Drang nach unten, zeitweise Wasserbrennen; diese Beschwerden steigern sich vor der Regel.

So lautete die Klage einer unserer Kranken. In einigen Fällen, besonders beim Ovarialabscess, sieht man mehr oder weniger leichte Grade von erschwerter Harnentleerung.

Trotz dem beständigen Drängen nach unten, kann Patientin den Harn nicht lassen.

In einzelnen unserer Fälle bestand sogar temporäre Retention.

Die Menstruation unterliegt in jeder Beziehung mannigfachen Störungen.

Die Intervalle zwischen je zwei Perioden sind nicht mehr wie bis dahin ganz bestimmte, regelmässige. Die Frau, die sonst den Eintritt ihrer nächsten Periode genau auf den Tag zu bestimmen im Stande war, kommt nunmehr mit der Klage, dass sie dies seit einiger Zeit nicht mehr könne und dass die Blutung nunmehr anstatt alle vier Wochen nach dreiwöchentlicher Pause, bisweilen schon nach 14 Tagen wieder auftrete. Neben diesem Anticipiren der Menses sind

dieselben häufig auch prolongirt und die nach aussen abfließende Blutmenge wird bedeutend reichlicher; die Menstruation artet in einzelnen Fällen sogar in profuse Menorrhagien aus. Diese Blutungen treten nur im Anfang auf, später wird die Regel spärlicher und seltener und in einzelnen Fällen kann nach längerem Bestehen der Krankheit sogar vollkommene Amenorrhoe beobachtet werden. (Atrophia Ovarii. Sclerosirung der Ovarien?)

Das Punctum saliens aber sämmtlicher durch chronische Oophoritis hervorgerufener Menstruationsstörungen besteht in jener ganzen Reihe von Symptomen und Erscheinungen, die als Vorboten der herannahenden Menstruation auftreten und mehr oder weniger plötzlich mit Beginn der Blutung zum Theil oder vollständig wieder verschwinden. Es ist dies eine für unsere Krankheit ganz charakteristische Eigenthümlichkeit, die, unseres Wissens, in der Literatur nirgends erwähnt ist. Wir haben bereits mitgetheilt, dass die, durch die chronische Oophoritis verursachten Schmerzen schon Tage lang vor Eintritt der Periode exacerbiren, dass, waren sie vorher mehr unbestimmt, dumpf, sie nun mehr stechend, brennend werden. Druck auf die entzündeten Ovarien, die schon einige Tage vor der Regel noch mehr anschwellen, ist jetzt viel schmerzhafter als sonst.

Vor der Periode treten, wenn auch nur selten, allgemeine Convulsionsanfälle auf, die sonst nie bestanden. Die Störungen der Exurese nehmen einige Tage vor den Menses zu und was eben das Charakteristische an dieser ovariellen Dysmenorrhoe ist: Zeitlich genau mit dem Eintritt der Blutung zusammenfallend, gehen diese Exacerbationen mehr oder weniger rasch wieder zurück, verschwinden allfällig nur kurz vor der Regel aufgetretene Symptome und Erscheinungen. Wir können also *Olshausen* durchaus nicht beipflichten, dass die Schmerzen für gewöhnlich durch die ganze Zeit der Periode anhalten.

Auch das Allgemeinbefinden wird vor Eintritt der Blutung in Mitleidenschaft gezogen. Die Patientinnen fühlen sich schon einige Tage vorher schwach und matt, klagen über Kopfweh, Nausea, Brechreiz, Erbrechen, Appetitlosigkeit, aufgetriebenen Leib, kurzum über heftiges Unwohlsein. Es treten gleichzeitig nicht selten Temperaturerhöhungen bis auf 39° C. und mehr auf. Der hohen Temperatur entsprechend, ist auch der Puls beschleunigt. Die Blutung setzt in ganz auffallender Weise Temperatur und Pulsfrequenz auf

die Norm herab, versetzt die Kranke wieder in einen ordentlichen Zustand, bringt überhaupt grosse Erleichterung.

Die Intensität dieser sämtlichen Beschwerden steht in ganz directem Zusammenhange mit der Menge des nach aussen abfließenden Blutes und zwar in dem Sinne, dass je weniger Blut abgeht, gegenüber den früheren Perioden, im Allgemeinen die Schmerzen um so heftiger sind und wir haben in der That Fälle zu verzeichnen, wo von Zeit zu Zeit die Periode fast ganz ausblieb und an ihrer Stelle äusserst intensive Schmerzen im Abdomen sich geltend machten. In einem anderen Falle sagt Patientin, sie habe die Beobachtung gemacht, dass, so lange die Schmerzen stark sind, nur wenig Blut abgeht, dass aber, sobald die Blutung stärker kommt, die Schmerzen abzunehmen beginnen. Es sind dieses sehr wichtige Unterscheidungsmerkmale zwischen der Ovarial- und der mechanischen Uterinaldysmenorrhoe und es ist in dieser Beziehung hauptsächlich noch die Qualität des Schmerzes hervorzuheben, der bei der ovariellen Dysmenorrhoe stechend ist, die Mitte hält zwischen entzündlichem und neuralgischem Schmerz, während derselbe bei der Uterinkolik sich durch ausgesprochen wehenartigen Charakter auszeichnet, den er hier nie hat.

Die Thatsache, dass zwischen schmerzhaften Menstruationen auch schmerzlose vorkommen, hat man so zu erklären versucht, dass man für die einseitige Oophoritis annahm, der platzende Follikel gehöre bei schmerzloser Regel dem gesunden Ovarium an und das erkrankte sei nicht beträchtlich congestionirt. Jedenfalls liessen sich diese Verhältnisse durch die gynäkologische combinirte Untersuchung während der Regel nachweisen. Auch wir haben vereinzelte Fälle derart zu verzeichnen; so heisst es bei einer 26jährigen, an charakteristischer, ovarieller Dysmenorrhoe leidenden Kranken: „Während ihres Aufenthaltes in der Anstalt hatte Patientin eine schmerzlose ohne irgend welche Störung verlaufene Regel.“

Zur Illustration aller dieser mit der Menstruation im Zusammenhang stehenden und durch die Vorgänge bei derselben verursachten Störungen, mögen folgende, unseren Krankengeschichten entnommenen Notizen dienen.

Im siebzehnten Jahr wurde Patientin zum ersten Mal menstruirt. Hierauf sistirte die Regel ein halbes Jahr lang und kehrte dann in unregelmässigen Intervallen wieder. Sie dauerte vier bis acht Tage, war mässig stark. Einige Tage vor Eintritt der Blutung stellten sich stechende Schmerzen im Kreuz ein,

die mit Beginn der Blutung wichen. Später heisst es: Die sonst auch ausserhalb der Menstruation bestehenden Schmerzen steigern sich durch jede Anstrengung und namentlich etwa fünf Tage vor Eintritt der Regel, die Erleichterung bringt.

Die Periode, die früher regelmässig, vierwöchentlich auftrat und drei bis vier Tage anhielt, dauert nun eine ganze Woche und wiederholt sich schon alle drei Wochen. Die Blutung ist auch stärker als früher; vor Eintritt derselben Schmerzen.

Seit einigen Jahren ist die Menstruation allmählig mehr und mehr schmerzhaft geworden. Die Schmerzen sind stechender Art, treten zwei Tage vor Beginn der Blutung auf und lassen mit ihrem Eintritt sofort nach und verschwinden dann am zweiten Tage vollkommen. Neben den Schmerzen treten gleichzeitig auf: Erbrechen und Kopfweg.

Vor Beginn jeder Regel hat Patientin Erbrechen.

Ein paar Tage vor Eintritt der Periode fühlt sich Patientin unwohl, klagt über Kopfweg und Schmerzen im aufgetriebenen Abdomen.

Sämtliche Beschwerden steigern sich vor Eintritt der Periode. In diesem Falle speciell das Urinbrennen und der Harndrang.

Patientin hatte vom 19.—26. August 1881 ihre Regel. Vorher hatte sie heftiges Stechen im Unterleibe, besonders links; sobald das Blut floss, liessen die Schmerzen nach.

Patientin wurde mit dem zwölften Jahre menstruiert; von Anfang an hatte sie vor jeder Periode sehr starke Schmerzen im Unterleib, manchmal schon acht Tage vorher. Die Schmerzen waren so heftig, dass Patientin Convulsionsanfälle bekam. Während dieser Anfälle war sie vollkommen bewusstlos. Sie hatte Zuckungen in allen Extremitäten. Die Anfälle dauerten $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Stunde. Mit dem Eintritt der Blutung verschwanden die Schmerzen und wiederholten die Convulsionen sich nicht mehr.

Schon Tage lang vor Eintritt der Menses fühlt sich Patientin unwohl. Sie ist matt, abgeschlagen, klagt über Kopfweg und Appetitlosigkeit; bald friert sie, bald hat sie heiss. Mit der Blutung bessert sich ihr Zustand.

Seit der letzten Geburt ist die Regel häufiger als früher und erscheint in ganz unregelmässigen Intervallen von vierzehn Tagen bis drei Wochen; sie dauert auch länger und wird reichlicher. Die Schmerzen im Kreuz und im Unterleib exacerbieren drei Tage vor der Regel und hören mit Beginn des Blutflusses auf. Während des Spitalaufenthaltes der Patientin wird Temperaturerhöhung vor der Regel beobachtet. Am 2. December nämlich steigt die sonst normale Temperatur auf $38,3^{\circ}$ C. und da heisst es, Patientin erwarte in einigen Tagen ihre Regel. Am 7. December liest man weiter: Die Regeln seien eingetreten und das Fieber hätte bis dahin bestanden.

Drei Tage vor Eintritt der Menses klagt Patientin über intensives Stechen in der Tiefe der rechten Beckenhälfte. Puls sowohl wie Temperatur vor der Blutung nach aussen gesteigert.

Gestern und vorgestern abendliche Temperatursteigerung auf 39° C. Die Regeln sind eingetreten. Temperatur wird normal.

Patientin hat leichte Temperatursteigerung; sie erwartet eine Regel. Nach einem Tag tritt die Blutung wirklich ein und damit sinkt die Temperatur zur Norm.

Solche acute Exacerbation, wie wir sie soeben als im Zusammenhange mit der Menstruation stehend geschildert haben, beobachtet man nicht selten im Verlaufe der chronischen Oophoritis auch ganz unabhängig von den Vorgängen bei der Menstruation. Plötzlich steigt ohne bekannte Veranlassung während des Spitalaufenthaltes der Patientin, bisweilen sogar bei vollkommener Bettruhe, die sonst normale Temperatur um $1-1\frac{1}{2}-2^{\circ}$ C. Sämmtliche Beschwerden nehmen zu, wie wenn die Periode im Anzug wäre, und die örtliche Untersuchung kann jedes Mal eine mehr oder weniger beträchtliche Volumszunahme des entzündeten Ovariums constatiren (vide pag. 58). Bei passendem Verhalten kehrt in wenigen Tagen die oophoritische Schwellung zur früheren Grösse zurück. — Hat die Krankheit schon einige Zeit gedauert, so fängt auch das Allgemeinbefinden, das psychische sowohl wie das physische, zu leiden an. Die subjectiven Beschwerden der Patienten beziehen sich zunächst auf Müdigkeit, Herzklopfen, Kopfweh, Schwindel. Durch den Mangel an Bewegung, durch die lange chronische Bettruhe, die solche Patienten häufig zu beobachten gezwungen sind, fängt der Appetit an, schlecht zu werden; die Verdauung wird eine gestörte; die Kranken magern ab. In Folge der vielen Schmerzen, die solche Frauen bisweilen auszuhalten haben, in Folge des ewigen Kränkels, gewiss nicht selten auch in Folge der im ehelichen Leben vorkommenden, durch den Zustand der Patientin bedingten Unannehmlichkeiten, bleiben dann die verschiedensten nervösen Symptome und Erscheinungen der Hysterie nicht lange aus. Es tritt zudem eine so grosse Reflexerregbarkeit ein, dass schon mässiger Druck auf die entzündeten Ovarien reflectorisch Krämpfe verschiedener Art auslösen kann. Gewöhnlich handelt es sich freilich um Personen, die schon von Haus aus in dieser Beziehung hereditär belastet sind.

Patientin hat dann und wann leichte hysterische Erscheinungen. Magen- und Schlingkrämpfe; auch Respirationskrämpfe. Vorgestern, klinisch vorgestellt, bekam sie im Saal einen Anfall von Respirationskrämpfen, der eine Viertelstunde andauerte. Acht Tage darauf heisst es: In der vorigen Woche war das Befinden ordentlich. Gestern jedoch bekam sie bei der Untersuchung wieder Respirationskrämpfe.

Zwei Tage nach der Regel traten bei der 24jährigen ledigen Schneiderin B. R. unter starker Temperatursteigerung bis auf 39° C., während Patientin

sonst fieberfrei war, drei Stunden lang dauernde Lachkrämpfe ein. Patientin wusste nicht, wo sie sich befand, und erkannte die Umstehenden nicht. Auf den Stich einer Morphinspritze zuckte sie nicht. Etwa drei Wochen darauf heisst es: Die Kranke hat öfters Magen- und Lachkrämpfe in unregelmässigen Intervallen und von verschiedener Dauer, die ganz plötzlich auftreten.

Starker Druck auf den linksseitigen oophoritischen Tumor hat wiederholt Anfälle von Anästhesie der Hände hervorgerufen.

Patientin hatte in der letzten Zeit drei Mal krampfartige Anfälle, die sie sonst nie gehabt. Nach starken Schmerzen im Unterleib bekam sie plötzlich einen Frost; dann traten Arme und Beine in krampfhafte Streckung. Der Kopf wurde hinuntergezogen.

In einem Falle aus der Privatpraxis des Herrn Prof. *Frankenhäuser*, bei welchem es sich ebenfalls um eine chronisch entzündliche Schwellung eines Eierstockes handelte, rief der jedesmalige leise Druck auf das Ovarium einen Zustand hervor, der sich im Wesentlichen dadurch charakterisirte, dass die Patientin plötzlich bewusstlos wurde, bei weit geöffneten Augen den Bulbus lebhaft nach allen Richtungen rotirte und heftige tonische und klonische Zuckungen in beiden Armen und den unteren Extremitäten bekam.

Der Anfall, der gewöhnlich einige Minuten dauerte, konnte nach Belieben durch Druck auf das erkrankte Ovarium wieder erzeugt werden. Als die entzündliche Schwellung abgenommen hatte und der Eierstock nicht mehr schmerzhaft war, war dies nicht mehr möglich. Selbst ein starker Druck blieb erfolglos.

Bei einer andern an Oophoritis chronica leidenden Patientin konnte Herr Professor *Frankenhäuser* durch Druck auf das Ovarium einen starken Opisthotonos hervorrufen.

Unter den Folgen der chronischen Oophoritis wäre noch zu erwähnen die Sterilität. Dass doppelseitige Entzündung der Ovarien zu Sterilität führen muss, sobald entweder das eigentliche Drüsenparenchym, sobald die Follikel sämmtlich zerstört sind, oder aber ihr Inhalt den Eierstock nicht verlassen kann (perioophoritische Exsudatschwarten), bedarf wohl keines besonderen Beweises und es ist auffallend, dass trotz der ziemlich grossen Anzahl von doppelseitigen Oophoritiden (es sind deren 30), die wir unter unseren Fällen zu verzeichnen haben, Sterilität im Ganzen als nur in vier Fällen bestehend constatirt wurde. Es lässt sich dies dadurch erklären, dass sogar bei Abscedirungen des Ovariums nicht immer dessen ganzes Parenchym zu Grunde geht (vide pag. 44), so dass dadurch die Conceptionsfähigkeit selbst bei bestehender Oophoritis duplex nicht immer gehoben sein wird. Andererseits muss bemerkt werden, dass viele Kranke sich der klinischen Beobachtung entziehen, wenn einmal die hervorstechendsten, quälendsten Beschwerden, wie

Schmerzen, Menstruationsstörungen u. s. w. nicht mehr bestehen, trotzdem die Oophoritis noch nicht geheilt ist. Es ist dann eben zur Sclerosis ovarii gekommen, die bekanntlich zur Amenorrhoe führt und im Gefolge auch Unfruchtbarkeit haben wird.

Eine temporäre Sterilität im Sinne einer vorübergehenden Herabsetzung der Möglichkeit, gravid zu werden, wird in einzelnen Fällen durch die Unmöglichkeit, den Coitus zu üben, gegeben.

Die Ausgänge der chronischen Oophoritis können sehr verschiedene sein; sie beschäftigen uns nur, so weit sie klinisch von Bedeutung sind.

In den meisten Fällen kehrt der Eierstock über kurz oder lang durch Resorption des in ihm gesetzten Exsudates mehr oder weniger vollkommen in seinen früheren Zustand zurück. Es ist dies besonders der Fall, wenn die Oophoritis eine reine ist, wenn um das Ovarium sich keine Exsudatschwarten gebildet haben. Diese können durch die durch sie gesetzte Circulationsstörung das Ovarium im Zustand einer chronischen Schwellung erhalten oder sie schrumpfen und das eingebettete Organ wird durch Zerstörung seines Parenchyms der Follikel functionsunfähig gemacht. Diese Sclerose der Ovarien wird aber auch ohne perioophoritische Exsudatmassen beobachtet.

Ein weiterer Ausgang ist derjenige in Abscedirung des Ovariums. Früher glaubte man, dass nur die acute Oophoritis zur Vereiterung führen könne, aber aus verschiedenen unserer noch mitzutheilenden Fälle ist mit voller Bestimmtheit zu ersehen, dass auch die chronische Entzündung der Ovarien abscediren kann.

Die nicht geringe Anzahl von Ovarialabscessen, die man in der Literatur bei Besprechung der Ausgänge der Oophoritis verzeichnet findet, sind, wie sich bei genauem Studium dieser Beobachtungen herausstellt, in der Mehrzahl durchaus keine vereiterten genuinen Oophoritiden, sondern entweder in Suppuration übergegangene Dermoidcysten, oder aber puerperale Ovarialabscesse. Ueber die Häufigkeit des ächten oophoritischen Abscesses sind die Meinungen der Autoren getheilt. *Scanzoni* will den Ausgang der nicht puerperalen Oophoritis in Abscedirung nur wenige Male eintreten gesehen haben. Auch nach *Graily Hewitt*, *Köberle*, *Olshausen* ist die Abscessbildung des Ovariums nach chronischer Entzündung desselben äusserst selten. Ihnen gegenüber halten *Montault*, *Beigel*

und Andere die Vereiterung für den gewöhnlichsten Ausgang der uns beschäftigenden Affection. Wir können constatiren, dass von unseren 145 Fällen von chronischer Oophoritis zehn, also 6,9 % in Abscedirung übergingen. Dieselbe betrifft bald nur eines, bald beide Ovarien. Eine Vereiterung zuerst des linken, nach einiger Zeit eine solche auch des rechten ist unter unseren Fällen mitgetheilt. Bald ist der ganze Eierstock betroffen, häufiger aber sind noch feste Parthien neben den fluctuirenden zu fühlen. Was das Volumen der an der zürcherischen geburtshülflich gynäcologischen Klinik beobachteten oophoritischen Abscesse betrifft, so fanden wir unter unseren Fällen keinen, der über Mannsfaustgrösse erreicht und mehr denn 110 gr. Inhalt gefasst hätte, während in der Literatur Fälle mitgetheilt sind von über Mannskopfgrösse mit 20 und mehr Pfund Eiter. Es waren dies aber vereiterte Ovarialcysten oder im Puerperium entstandene Abscesse. Dass der Ovarialabscess das Ovarium nicht immer vollkommen zerstört, beweisen zwei unserer Fälle, wo jahrelang nach Entleerung des Abscessinhaltes wieder eine Oophoritis auf der gleichen Seite sich kund gab.

Ein rechtsseitiger Ovarialabscess wird vom Mastdarm aus punctirt. Anstatt des vorher leicht beweglichen circumscribten fluctuirenden Tumors fühlt man dreissig Tage nach der Punction eine an die hintere Beckenwand adhärente Schwarte, in welcher das Ovarium eingebettet liegt. Etwa zwei Jahre darauf kommt Patientin wieder in die Anstalt und die Untersuchung ergibt das Vorhandensein einer Oophoritis dextra chronica, offenbar hervorgerufen durch die Circulations- und Functionsstörungen des eingebetteten Organs. Ein weiteres Jahr darauf exacerbirt während einer Regel die Entzündung dieses rechten Eierstockes und es kommt zur Bildung einer Hämatocele retro-uterina.

In einem andern Fall von oophoritischem Abscess, der spontan in den Mastdarm perforirte und sich so nach aussen entleerte, kam die Patientin nach einigen Jahren mit einer frischen Entzündung dieses Eierstockes.

Der oophoritische Abscess entsteht, nach unseren Fällen zu schliessen, häufiger unter mehr oder weniger stürmischen Erscheinungen. Nach *Beigel*, *Kiwisch* u. A. findet die Abscessbildung gewöhnlich schleichend und unvermerkt statt, so dass man häufig erst bei der Leichenöffnung vom Vorhandensein des Eiters sich überzeugen könne. Manche mit Ovarialabscess behaftete Frauen könnten ganz munter, ohne besondere Beschwerden ihrem Berufe obliegen; auch Herr Prof. *Frankenhäuser* hat wiederholt solche Fälle gesehen. Unsere klinischen Beobachtungen stimmen freilich

mit diesen nicht überein; nach denselben müssen wir den oophorischen Abscess als eine schwere Krankheit betrachten, die jeden Augenblick, z. B. durch Perforation in die Peritonealhöhle, den tödtlichen Ausgang herbeiführen kann und deshalb eine gewissenhafte, sorgfältige Behandlung erfordert.

Der entstehende Ovarialabscess, der gewöhnlich der Ausdruck einer bisweilen ohne bekannte Veranlassung erfolgenden bedeutenden Exacerbation im chronischen Verlaufe der Oophoritis ist, kündigt sich zunächst an durch Temperaturerhöhung, durch ein Alterniren zwischen Frösteln und Hitzegefühl. Der Steigerung der Temperatur entsprechend ist auch der Puls beschleunigt, klein, der Schmerz in der entsprechenden Ovarialgegend wird durch den Uebergang in Suppuration viel intensiver, ausgesprochen stechender; schon leise Berührungen an gewissen Stellen des Tumors von der Scheide aus rufen häufig laute Schmerzenäusserungen hervor. Die combinirte Untersuchung ist anfänglich beinahe nur in Narcose möglich und gibt den weiter unten genauer zu fixirenden localen Befund. Exurese und Defäcation sind auf bekannte Art hochgradig gestört. Neben festen Stühlen sieht man abwechselnd auch diarrhoische. Das Fieber besteht bis zur Entleerung der Abscesshöhle.

Wird der Abscess nicht künstlich eröffnet, so bahnt sich der Eiter spontan einen Weg nach aussen oder in die Bauchhöhle. In letzterem Falle erfolgt unfehlbar, wenn nicht zufällig durch frühere Entzündungen Adhäsionen und abgesackte Höhlen sich gebildet haben, wie wir dies in einem Falle beobachteten (pag. 50), acute eiterige lethale Peritonitis. Gelangt der Eiter nach aussen, so kann sich der Abscess in Zeit von wenigen Wochen schliessen und Heilung eintreten, oder aber es bestehen jahrelang Eiterausflüsse, die die Kranke äusserst schwächen. Sofort mit der Entleerung des Abscesses constatirt man eine bedeutende Abnahme in der Intensität sämmtlicher Beschwerden. Auch das Fieber geht vollkommen herunter. Sobald im Verlaufe der Heilung Eiterretentionen entstehen (es wird dies besonders bei den Abscessen, die sich spontan einen Weg nach aussen gebahnt haben, beobachtet), steigt die Temperatur wieder und gleichzeitig nehmen auch alle übrigen Beschwerden und Symptome an Intensität zu.

Von unseren fünf spontan perforirten Fällen eröffneten sich drei in den Mastdarm. Wenn wir nun einige Angaben über in der

Literatur mitgetheilte Beobachtungen von oophoritischen Abscessen, die sich spontan einen Weg nach aussen oder in irgend eine Höhle bahnten, hier vorführen, so möchten wir zum Voraus sagen, dass wir hier nur diejenigen Fälle berücksichtigen, die zweifellos nach Ovarienentzündung sich entwickelten. Die ganze Legion von vereiterten Ovarialcysten und puerperalen Ovarialabscessen, die in der Literatur, besonders in der älteren, als genuine oophoritische Abscesse figuriren, übergehen wir, da entweder über die einzelnen Fälle gar keine localen Befunde mitgetheilt werden, oder aber die Angaben über das Resultat der gynäcologischen Untersuchung durchaus ungenügende, das Vorhandensein der angenommenen Affection nicht begründende sind.

Perforationen von oophoritischen Abscessen in's Rectum beschrieben unter Anderen *Nauche*¹⁾, *Boivin et Dugès*²⁾, *Ashwell*³⁾ und *West*⁴⁾. Der Fall von *West* brach gleichzeitig in die Blase durch. Auch unter unseren Beobachtungen befindet sich ein Abscess, der spontan sich einen Weg durch die Harnblase eröffnete, dieselbe secundär zum Schrumpfen brachte. Solche Perforationen in die Blase wurden noch beobachtet von *Mosler*⁵⁾, *Braun*⁶⁾, *Gallard*⁷⁾. *Boivin et Dugès*⁸⁾ sahen einen Fall, der gleichzeitig in die Blase und den Uterus sich ergoss, wobei Eiter sich durch die Vagina entleerte. Pagina 261 beschreiben dieselben Autoren einen zweiten Fall, der in den Uterus perforirte. Den spontanen Durchbruch in die Bauchhöhle mit nachfolgender acuter, zum Tode führender, eitriger Peritonitis, haben auch wir mit *Edis*⁹⁾ und *Emmet*¹⁰⁾ zu verzeichnen. Der Fall von *Edis* betraf ein zwölfjähriges, noch nicht menstruirtes Mädchen. Beobachtungen von Perforationen von oophoritischen Abscessen durch die Bauchdecken oder Senkungen des Eiters an den runden Mutterbändern oder den grossen Gefässen entlang, so dass derselbe

¹⁾ *Nauche*, l. c. pag. 375.

²⁾ *Boivin et Dugès*, l. c. pag. 124, 259, 263.

³⁾ *Ashwell*, l. c. pag. 487.

⁴⁾ *West*, l. c. pag. 548.

⁵⁾ *Mosler*, Monatsschrift für Geb. Bd. 16. pag. 133.

⁶⁾ *C. Braun*, Lehrbuch der gesamten Gynäcologie. 1881. pag. 916.

⁷⁾ *Gallard*, l. c. pag. 747.

⁸⁾ *Boivin et Dugès*, l. c. pag. 264.

⁹⁾ Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XIII. pag. 99.

¹⁰⁾ *Emmet*, Lehrbuch der Gynäcologie. pag. 508.

an den Labia majora oder durch den Cruralring an den Oberschenkel zum Durchbruch kam, haben wir keine vorzuführen. Die diesbezüglichen in der Literatur mitgetheilten Fälle scheinen uns nicht oophoritischen Ursprungs gewesen zu sein.

Ausser der Entstehung, Symptomatologie und Verlauf einzelner unserer spontan perforirten Ovarialabscesse, lassen wir nunmehr die diesbezüglichen Stellen der Krankengeschichten von einigen operirten Fällen folgen, auf welche wir dann bei der Therapie zurückverweisen werden müssen. Dadurch hoffen wir den auffallenden Unterschied im Verlaufe zwischen den sich selbst überlassenen und einem zur richtigen Zeit operirten Ovarialabscess deutlicher, prägnanter hervortreten lassen zu können. Dass hier wirklich Ovarialabscesse vorlagen und es sich nicht um in Vereiterung übergegangene perimetritische Exsudate handelte, werden wir im nächsten Abschnitte durch Vorführen der entsprechenden örtlichen Befunde zu zeigen haben. Der oophoritische Ursprung ergibt sich aus den folgenden Mittheilungen. Sämmtliche Fälle kamen ausserhalb dem Puerperium vor.

Das 23jährige Dienstmädchen L. M. tritt mit einer, wie aus der Anamnese mit Wahrscheinlichkeit zu entnehmen ist, schon längere Zeit bestehenden chronischen Oophoritis Mitte Mai 1870 in die gynäkologische Klinik ein. Patientin ist fieberlos, ihre Klagen sind seit mehr als einem Jahre die bei der Oophoritis charakteristischen, uns bekannten und beziehen sich wesentlich auf die Schmerzen im Unterleib und im Kreuz, auf Harn- und Stuhlbeschwerden und auf ovarielle Dysmenorrhoe. Das entzündlich geschwellte Ovarium ist ganz circumscripirt und lässt sich bei combinirter Untersuchung ganz deutlich hin- und herbewegen. Am 20. Juni 1870, etwa einen Monat nach Eintritt der Kranken in die Anstalt, liest man in der Krankengeschichte: Patientin hat seit gestern Fieber. Durst ist vermehrt, grosses Hitzegefühl. Die Schmerzen im Abdomen dauern mit gleicher Intensität an. Stuhlgang muss künstlich gefördert werden. Bisweilen ist wegen einer Retentio urinae der Katheterismus nöthig. Nachdem die Berichte über unsere Kranke immer ungefähr die gleichen bleiben, erfahren wir am

10. VII. 1870. Seit gestern fiebert Patientin wieder stärker. Es scheint eine Exsudation um das Ovarium sich ausgebildet zu haben. Man fühlt im hinteren Scheidengewölbe, wo früher die oophoritische Schwellung war, nunmehr einen deutlich fluctuirenden, äusserst schmerzhaften beweglichen Tumor. Daneben kein Ovarium (Ovarial-Abscess).

18. VII. 1870. Patientin fiebert beständig (38 bis 38,7° C.) und wird entschieden magerer. Appetit schlecht; hie und da Erbrechen. Gestern Abend erfolgten spontan zwei dünne Stühle, welche aus reinem Eiter bestanden, zusammen zwei bis drei Unzen.

26. VII. 1870. Von Zeit zu Zeit geht durch den After, meist bei der Defäcation, etwas Eiter ab. Die Schmerzen dauern noch an, sind aber weniger intensiv. Patientin ist fieberfrei.

8. VIII. 1870. Täglicher Abgang von 2—3—4 Esslöffeln Eiter durch den Anus. Urin kann bald spontan gelöst werden, bald muss katheterisirt werden.

5. IX. 1870. Eiterabgang dauert fort. Die Schmerzen, die im Allgemeinen bedeutend abgenommen haben, werden intensiver, wenn einmal während 2 bis 3 Tagen kein Eiter abgeht. Gleichzeitig steigt auch die Temperatur.

29. X. 1870. Nachdem fünf Tage lang kein Eiter abgegangen, haben die Schmerzen so sehr exacerbirt, dass Patientin schlaflos geworden ist und allabendlich eine Morphinum-Injection gemacht werden muss. Stuhlgang erhöht die Beschwerden um ein Beträchtliches. Manchmal kann trotz aller Anstrengung nicht urinirt werden.

Am 7. XI. 1870 geht Patientin etwas gebessert nach Hause. Es geht immer noch Eiter ab, doch bedeutend weniger als früher.

Etwa ein halbes Jahr darauf kommt die Kranke wieder in die Anstalt. Seit November 1870 verlor Patientin fast beständig mehr oder weniger Eiter mit dem Stuhl. Der Eiterabgang war immer mit starken Schmerzen auf der linken Seite und mit Tenesmus verbunden. Das Uriniren von krampfhaften Schmerzen begleitet. Die Periode war immer höchst unregelmässig, bald schwach, bald stark. Einige Tage vor Eintritt der Blutung nahmen die Schmerzen zu.

11. VIII. 72. Dritter Spitalaufenthalt. Patientin klagt beständig über intensive, stechende Schmerzen auf der linken Seite im Abdomen. Hie und da hat Patientin etwas Fieber. Viel Frösteln, ohne dass es zu einem ausgesprochenen Schüttelfrost gekommen wäre. Temperatur Abends um 39° C. herum.

23. VIII. 72. Patientin hat in den letzten Tagen mehrere Fröste gehabt. Vorgestern stieg die Temperatur auf 40° C. Heute ist die Patientin wieder fieberfrei. Häufiges Erbrechen.

30. VIII. 72. Gestern und heute stieg die Temperatur wieder auf 40° C., während sie in der letzten Woche zwischen 38,5° und 39° C. sich bewegt und mit Frösteln abgewechselt hatte.

Am 12. IX. 72 endlich fliessen mit dem Stuhlgang einige Esslöffel voll dicklichen Eiters. Sofort befindet sich Patientin wohler. Das häufige Erbrechen hat nachgelassen.

Einige Tage darauf hat dasselbe vollkommen aufgehört, Temperatur ist normal, nicht mehr erhöht.

16. IX. 72. Der Ovarialabscess ist bedeutend kleiner geworden. Die Rectaluntersuchung ergibt das Vorhandensein einer kleinen Oeffnung in der ersten grossen Falte der Schleimhaut, etwas nach oben und links.

Patientin zeigt sich in den nächsten Jahren von Zeit zu Zeit wieder. Der Eiterabgang nahm allmähig mehr und mehr ab; auch die Beschwerden

wurden geringer und endlich kann anno 1874, 3½ Jahre nach dem ersten Durchbruch, constatirt werden, dass schon seit einigen Monaten kein Eiter mehr abgeht und dass nun an Stelle des früheren linksseitigen Ovarialabscesses nunmehr diffuse, dicke, geschrumpfte, harte Schwarten bestehen, in denen das linke Ovarium eingebettet ist.

Bei dem 19jährigen Dienstmädchen M. N. bestand längere Zeit hindurch eine rechtsseitige Oophoritis mit perioophoritischen Schwarten. Die Entzündung um das Ovarium ging auf die Blasenwandung über. Es kam sodann zur Abscessbildung. Der Eiter perforirte die Blasenwand und rief eine Entzündung der Blasenschleimhaut mit Betheiligung des submucösen Bindegewebes hervor, wodurch es zu nachfolgender Retraction desselben kam. Die Harnblase hat gar keine Fassungs Capacität mehr. Patientin muss beständig uriniren. Dabei bestehen sehr heftige Schmerzen. Nachts läuft der alkalische Urin spontan in's Bett. Der trübe Harn führt immer mehr oder weniger grosse Mengen Eiters; er ist eiweisshaltig. In demselben sind keine Cylinder zu finden, überhaupt gar nichts, was für das Vorhandensein einer Nierenaffection sprechen könnte. Die Pyelonephritis, an die einige Zeit gedacht wurde, fällt aus Mangel an genügenden Anhaltspunkten nunmehr vollkommen ausser Betracht. Allmählig wird der Eiterabgang geringer; die Cystitis bessert sich. Durch häufig ausgeführte Injectionen zur Ausdehnung der Blase gelingt es, nach und nach ihre Capacität zu erhöhen, so dass Patientin nunmehr ihren Harn halten kann, nicht mehr alle fünf Minuten denselben lösen muss. Der Ovarialabscess schrumpft. Die Verbindung zwischen dessen Höhle und der Blase schliesst sich und nach etwa einem Jahr kommt es endlich zur Heilung.

Die 28jährige, ledige Seidenweberin A. L. ist eine sehr anämische, abgemagerte Person. Zunge ist belegt und neigt zur Tröckne. Temperatur 38,5—39. Puls 110—120, etwas schnellend, hart. Subjective Klagen über Herzklopfen, heftige Kopfschmerzen und Benommenheit im Kopfe. Abdomen nicht aufgetrieben, überall tympanitisch. In der linken Iliacalgegend besteht deutliche Schmerzhaftigkeit, die auf Druck hin noch erhöht wird. Die Bauchdecken sind etwas gespannt. Eine deutliche Dämpfung oder ein palpabler Tumor ist nicht zu fühlen. Die combinirte Untersuchung ergibt links vom Uterus das Vorhandensein eines etwa gänseeigrossen fluctuirenden, nicht ganz frei beweglichen, äusserst schmerzhaften Tumors, daneben kein Ovarium zu fühlen. Einen Tag nach Eintritt in die Anstalt liest man:

20. IV. Bauch ein wenig aufgetrieben und gespannt, in der ganzen Ausdehnung auf Druck schmerzhaft. Ein Exsudat nicht nachzuweisen. Zunge belegt, aber feucht. Beständige Neigung zu Diarrhoe. Temperatur bis 38,5 ° C. Puls 110, ordentlich stark. Am 24. IV. Status idem. Immer Neigungen zu Diarrhoe.

29. IV. Gestern Abend verbreitete sich die Schmerzhaftigkeit plötzlich über den ganzen Bauch. Etwa um 7 Uhr musste sich Patientin zum ersten Mal erbrechen. Es kam neben gallig gefärbtem Schleim ein Spuhlwurm. Während der Nacht und heute Morgen wiederholte sich das Erbrechen fast

alle Viertelstunden. Diesen Morgen wurden zwei Injectionen von 0,015 Morph. mur. gemacht. Das Erbrechen dauerte noch fort. Eisstückchen liess man ohne deutlichen Erfolg herunterschlucken. Der Bauch wurde über Nacht aufgetrieben, ist diesen Morgen sehr gespannt und bei dem leisesten Druck äusserst schmerzhaft. Anfallsweise treten auch sehr heftige stechende Schmerzen im Bauche auf. Seit gestern ist kein Stuhl mehr erfolgt. Der Puls war schon diesen Morgen auf 140 gestiegen, fadenförmig; seither ist er kaum fühlbar. Den ganzen Tag über zeigt sich der gleiche soporöse Zustand. Heftige Dyspnoe in Folge des starken Meteorismus. Um 10 Uhr Nachts Collapsus und eine Stunde darauf Tod.

Die Section ergab: Tod durch acute eiterige Perforatioperitonitis in Folge Durchbruches eines linksseitigen Ovarialabscesses in die Bauchhöhle. Schwächlicher Körper. Blasse Haut. Abdomen aufgetrieben; in der Bauchhöhle 300 cm³ gelber Flüssigkeit vom Aussehen von mit Eiter reichlich durchsetztem Serum. Darm-Serosa getrübt und mit einer dicken Schicht eines etwas körnigen, eitrig fibrinösen Exsudates belegt. Därme ganz frisch mit einander verklebt. Das Netz zu einem fingerdicken Strang zusammengeschoben, welcher innig mit der Flexura sigmoidea verwachsen ist. Beim Versuche, die Adhäsionen zu lösen, entleert sich eine ziemliche Menge Eiters, welcher aus einer gänse-eigrossen Abscesshöhle des Ovariums hervorquillt. Das übrige Stroma desselben erweist sich im Durchschnitte als ödematös und mit kleinen Eiterherden durchsprengt. In ihm finden sich ausserdem einige kleine, mit klarem Serum gefüllte Cysten.

Die 31 Jahre alte Knopfmacherin C. S. ist mit einem rechtsseitigen Ovarialabscesse behaftet und es wird derselbe am 26. December 1872 von Herrn Professor *Frankenhäuser* operirt. Die Punction geschah vom Mastdarm aus mittelst eines mitteldicken Trocars. Es floss aber kein Eiter aus demselben; beim Herausziehen des Instrumentes zeigt sich am unteren Ende ein Tropfen dicklichen Eiters. Bei der combinirten Untersuchung constatirt man, dass der rechtsseitige enteneigrosse fluctuirende Tumor (eben der Ovarialabscess) verschwunden ist. Es hat sich also vermuthlich sein Inhalt in die Bauchhöhle ergossen und in der That bekommt Patientin gleich darauf peritonitische Erscheinungen; hochgradige Schmerzhaftigkeit des aufgetriebenen Leibes, Brechreiz, ein Mal Brechen, Dyspnoe; die Temperatur, die Morgens 37,7° C. beträgt, steigt Abends auf 39,8, Puls 100, Respiration 44—60. Tags darauf schon werden die Erscheinungen weniger stürmisch; zwar ist das Abdomen noch stark aufgetrieben, schmerzhaft; während des Tages erbricht Patientin fünf Mal, hat keinen Stuhl. Am 31. XII. wird berichtet, dass die Peritonitis im Abnehmen begriffen sei und heute ging ziemlich viel Eiter durch den Anus ab. Patientin fühlt sich immer noch etwas elend. Abendtemperatur 38,6, 2. I. 1873. Der Zustand der Kranken bessert sich allmählig, höchste Temperatur 38,3. Seit dem 27. XII. 1872 kein Erbrechen mehr. Abdomen fast nicht mehr aufgetrieben, kaum mehr empfindlich. Es geht immer etwas Eiter mit dem Stuhle ab. Die Menge des bis jetzt abgeflossenen Eiters beträgt etwa 150 gr. Dann nimmt das Fieber nach und nach ab; der Eiterabgang aus dem Mast-

darm dauert fort, wird aber immer geringer, bis er schliesslich aufhört und Patientin am 17. I. 1873, 23 Tage nach der Operation, geheilt entlassen werden kann. Zum Glück muss offenbar der Abscess sich in einen durch früher gebildete Adhäsionen abgeschlossenen Sack ergossen haben, wodurch die Entstehung einer allgemeinen, acuten eiterigen Peritonitis unmöglich wurde.

In einem anderen Falle (Fall A, vide pag. 66) wurde in der Klinik am 15. Mai 1876 vom linken Scheidengewölbe aus die Punction des Ovarialabscesses versucht. Dabei passirte das Ungeschick, dass der feine Trocart zerbrach und die eine Hälfte desselben mit dem beweglichen Tumor in die Bauchhöhle hinaufglitt und nicht mehr herausgezogen werden konnte. Im Anschluss hiebei bildete sich in den nächsten Tagen ein ziemlich bedeutendes Exsudat um den Tumor, besonders gegen das Rectum hin, wohin es sich endlich entleerte. Mehrmals traten wieder kleine Entzündungsnachschübe auf, doch konnte Patientin nach vier Monaten in ordentlichem Zustande, wenn auch nicht vollkommen gebessert, entlassen werden. Trotz fortwährender sorgfältiger Beobachtung gelang es nicht mehr, die zurückgebliebene abgebrochene Trocartspitze wieder zu finden. Herr Professor *Frankenhäuser* sah nach einiger Zeit die Kranke wieder und er kann uns versichern, dass sie sich vollkommen erholt hat und sich bester Gesundheit erfreut.

Die Untersuchung der 29jährigen Kranken S. A. ergibt das Vorhandensein eines rechtsseitigen Ovarialabscesses (Befund vide Fall B pag. 66), der nach einer schon längere Zeit bestehenden Oophoritis entstanden ist. Die Symptome, die derselbe macht, sind die uns bekannten.

Am 14. I. 1878 wird in der Klinik vom rechtsseitigen Scheidengewölbe aus mit dem Potain'schen Aspirationsapparat eine Punction vorgenommen und dabei 110 cm³ einer trüben, flockigen, gelblichgrünen, eiterigen, nicht übelriechenden, nicht klebrigen Flüssigkeit entleert. Die mikroskopische Untersuchung ergibt: Eiterkörperchen in grosser Menge, Phosphate und theilweise degenerirte Zellelemente. Keine Colloidkugeln. Eisblase auf den Leib.

Am 20. I. 1878. Seit der Punction ist Patientin vollkommen fieberfrei. Es ist absolut keine Reaction eingetreten. Der weiche, fluctuirende, bewegliche Tumor, der vom rechten Scheidengewölbe aus punctirt wurde, ist beinahe vollkommen verschwunden. An dessen Stelle ist ein etwas vergrössertes, bewegliches, nicht schmerzhaftes Ovarium zu fühlen. Drei Wochen nach der Punction steht Patientin auf und 26 Tage nach derselben kann die Kranke geheilt entlassen werden.

An der 42 Jahre alten Seidenweberin P. S. wird am 17. VI. 1875, nachdem die Diagnose auf rechtsseitige eiterige Oophoritis gemacht worden, der Abscess vom rechten Scheidengewölbe aus an seiner tiefsten, am meisten fluctuirenden Stelle punctirt und mit dem Potain die Aspiration vorgenommen. Man gewinnt 104 cm³ eines dicklichen, grünen, nicht übelriechenden Eiters. Ausser einer Unzahl Eiterkörperchen ergibt die mikroskopische Untersuchung nichts von Belang. Patientin, die vor der Punction Temperaturen bis auf 39° C. aufwies, wird durch dieselbe sofort fieberfrei. Am 12. Juli, also 25 Tage nach der Punction, kann man in der Krankengeschichte mittheilen:

Der Ovarialabscess hat sich nicht erneuert. Man fühlt nur noch eine schwartenförmige Härte am rechten Ovarium, welches nicht mehr empfindlich ist. Patientin hat sich gut erholt und kann geheilt entlassen werden.

Fall C. Die 20 Jahre alte Schneiderin E. W. leidet seit zwei Jahren an chronischer Oophoritis, die vor etwa zwei Wochen ohne bekannte Veranlassung unter fieberhaften Erscheinungen ganz acut exacerbirte. Seither fiebert und fröstelt Patientin beständig. Sie fühlt sich sehr schwach und matt, klagt über Kopfweh, Appetitlosigkeit und muss der starken, stechenden Schmerzen im Abdomen wegen seit zwei Wochen das Bett hüten. Aeusserst schmerzhafter Harndrang. Starke Schmerzen bei der Exurese. Stuhlgang retardirt. Defäcation ebenfalls schmerzhaft. Beim Eintritt am 15. Juni 1881 wird folgender Status aufgenommen: Patientin ist ein anämisches, schwach gebautes Mädchen mit einer beginnenden Lungenspitzeninfiltration. Temperatur um $38,5^{\circ}$ C. Puls 100. Zunge belegt. Echauffirtes Gesicht, trockene, borkige Lippen. Die Untersuchung der Genitalien ergibt das Vorhandensein eines faustgrossen rechtsseitigen Ovarialabscesses. (Die Details über die physikalische Exploration sollen später Fall C pag. 66 gegeben werden). Am 21. Juni wird in der Klinik, nachdem durch Besprechung der Differential-Diagnose die Diagnose «oophoritischer Abscess» erhärtet worden, der Abscess vom rechten Scheidengewölbe aus punctirt und circa 50 cm^3 dicken, grünlich gelben Eiters entleert. Die mitteldicke Canule wird liegen gelassen und durch dieselbe werden täglich zwei desinficirende Carbolwasserinjectionen gemacht. Zu der gewonnenen Flüssigkeit ist ausser Eiter und rothen Blutkörperchen Nichts von Belang nachzuweisen. Kein Cholestearin, keine Gewebstheile des Ovariums. Sofort, zeitlich} zusammenfallend mit der Entleerung des Abscesses, sinkt die Temperatur zur Norm herunter, wird das Allgemeinbefinden ein bedeutend besseres, werden die Schmerzen viel weniger intensiv. Nach fünf Wochen kann Patientin geheilt entlassen werden. An Stelle des Ovarialabscesses findet man nun (vide pag. 66 Fall C) rechts das etwas vergrösserte, leicht bewegliche, schmerzhaft Ovarium.

IV. Diagnose.

Noch bis in die zweite Hälfte dieses Jahrhunderts wurde die Feststellung einer sicheren physikalischen Diagnose der chronischen Oophoritis während des Lebens als durchaus ausserhalb dem Bereich der Möglichkeit hingestellt und man begnügte sich einfach damit, zu constatiren, dass links oder rechts neben dem Uterus eine Empfindlichkeit, vielleicht in Folge von Entzündung bestehe; auf die Erkrankung welches Organs aber diese Empfindlichkeit zu be-

ziehen sei, darnach forschte man nicht lange; denn für die Behandlung sei es ja gleichgültig, welches Organ betroffen sei und welche Ausdehnung der entzündliche Process genommen habe. Da man zudem sämtliche Genitalerkrankungen als Gebärmutteraffectionen aufzufassen geneigt war, so wurden denn viele Oophoritiden für chronische Metritiden erklärt und darnach behandelt.

Daneben stützte man den Versuch einer Diagnose der Oophoritis lediglich auf den damals durchaus noch nicht genügend scharf präcisirten Symptomencomplex, den dieselbe hervorrief, und hob in dieser Beziehung unter Anderem besonders hervor die der chronischen Eierstockentzündung ganz eigenthümliche charakteristische Art des Schmerzes. So sprach man von einem auf die Ovariengegend beschränkten oder von hier aus nach allen Seiten, besonders gegen das Kreuz und die unteren Extremitäten hin ausstrahlenden Schmerz. Wie trügerisch aber und unzuverlässig dieses Symptom ist, wie wenig Gewicht auf dasselbe als diagnostisches Merkmal gelegt werden darf und wie vorsichtig man in dieser Beziehung sein muss, ersieht man schon daraus, dass, abgesehen davon, dass die gleiche Schmerzerregung von verschiedenen Individuen verschieden taxirt wird, manche andere Erkrankungen im weiblichen Genitalsystem mit Schmerz einhergehen und dass speciell Uteruskrankheiten, wie Metritis, auch Parametritiden u. s. w., Schmerzen in der Ovariengegend verursachen können. So sagt *West*¹⁾: Ein grosser Theil der Leiden, die von einigen Beobachtern auf Entzündung des Cervix und seines Orificiums zurückgeführt werden, werden von Anderen ebenso zuversichtlich auf chronische Entzündung der Ovarien bezogen. *Bennet*²⁾ mag wohl etwas zu weit gehen, wenn er behauptet, dass unter 19 von 20 Fällen, wo die Ovariengegend der Sitz eines dumpfen Schmerzes ist, empfindlich und etwas geschwollen erscheint, keine wirkliche Ovarienkrankheit bestanden hat. Schmerz in der Ovariengegend sei ein allgemeiner Begleiter des Prolapsus uteri und man brauche nur die Sonde in die Gebärmutterhöhle einzuführen, um dieselben Schmerzen und oft von grösserer Heftigkeit hervorzurufen. Nach *Eustache*³⁾ sind die Symptome der chronischen

¹⁾ *West*, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1860. pag. 551.

²⁾ *Bennet*, On inflammation of the uterus.

³⁾ *Eustache*, Manuel pratique des maladies des femmes. 1881. pag. 563.

Oophoritis mehr oder weniger ähnlich denjenigen der chronischen Metritis, so dass erstere Affection häufig misskannt oder mit chronischer Entzündung des Uterusgewebes verwechselt werde. Die Diagnose sei häufig so schwierig, dass *Aran* beinahe vollkommen darauf verzichte, sie zu machen. *Scanzoni*¹⁾ endlich berichtet von zwei Fällen, wo er den Sectionen von Frauen beiwohnte, die während ihres Lebens zeitweilig über die peinlichsten Schmerzen in der Ovariengegend geklagt hatten, so dass wir beinahe mit Sicherheit auf eine organische Erkrankung der Eierstöcke schlossen, welche nichtsdestoweniger in der Leiche als vollkommen gesund vorgefunden wurden. Seither sei er in der Diagnose vorsichtiger und aus dieser schlimmen Erfahrung, die er damals machte, leitete er die Behauptung ab, «dass er eine exacte Diagnose der chronischen Oophoritis geradezu für unmöglich halte».

Ein anderer Grund, warum sämtliche ältere Autoren und von den neueren noch die meisten, wie *Thomas, Scanzoni, Churchill, Gallard, Lawson Tait, Beigel, Eustache* und Andere, die Möglichkeit einer scharfen Präcisirung der Diagnose der uns beschäftigenden Affection nicht anerkannten, besteht darin, dass diese Autoren alle von der ganz irrigen Ansicht ausgingen, dass eine einfache, isolirte Entzündung der Ovarien, ohne Mitbetheiligung des Peritonäums und anderer Beckenorgane gar nicht oder nur äusserst selten vorkomme, dass die Eierstöcke, wenn sie entzündet, immer von peritonitischen Exsudatschwarten umgeben waren, so dass man also höchstens im Stande sei, das Vorhandensein einer Perimetritis, nicht aber dasjenige einer Entzündung des Ovariums zu constatiren und dass in den seltenen Fällen, wo um den Eierstock kein Exsudat sich befinde, «es nicht gelingen werde, eine palpable Geschwulst zu entdecken» (*Scanzoni*). Er wenigstens erinnere sich in der That keines Falles, wo ihm dies gelungen wäre. Nach demselben Autor²⁾ kann das Vorhandensein einer Oophoritis in den meisten Fällen nur dadurch vermuthet werden, dass man andere, ähnliche Erscheinungen hervorrufende Affectionen der Beckenorgane excludire. Aber auch diese Art des Vorgehens wird in den meisten Fällen nur zu

¹⁾ *Scanzoni*, chronische Metritis. pag. 131. Wien, 1863.

²⁾ *Scanzoni*, Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 3. Aufl. pag. 399 u. ff.

falchen Resultaten führen können. Denn die Entzündung eines Organs schliesst die Mitaffection eines anderen durchaus nicht aus und neben einer chronischen Metritis kann eine Eierstockentzündung gewiss auch bestehen. Auch unter unseren Fällen befinden sich verschiedene, wo die Eierstöcke nicht das allein entzündete Organ waren, so dass, hätte man nach *Scanzoni's* Rath durch Exclusion die Diagnose machen wollen, man natürlich ihr Erkranktsein vollkommen übersehen hätte.

Nach unserer Ansicht ist zur Begründung der Diagnose der chronischen Oophoritis nöthig, die sichere Constatirung gewisser durch gründliche physikalische, gynäcologische Untersuchung gewonnenen Befunde, die wir nunmehr genauer präcisiren wollen, indem wir zunächst die reine, uncomplicirte Oophoritis betrachten, sodann mit der Perioophoritis uns beschäftigen und schliesslich die Resultate der Untersuchung eines nach Ovarienentzündung entstandenen Ovarialabscesses wiedergeben. Doch bevor wir zu den Details übergehen, mögen hier einige Bemerkungen über die Untersuchungsmethoden Platz finden.

Auf die Unrichtigkeit der Behauptung der meisten Autoren, dass eine Exploration der normalen Eierstöcke und die Diagnose geringer Vergrösserung derselben unmöglich sei, machte schon anno 1864 *B. S. Schultze* in einer Abhandlung in der *Jenaischen Zeitschrift für Medicin*, pag. 279 u. ff., aufmerksam, indem er in derselben jene Momente wesentlich hervorhob, auf die es hauptsächlich ankommt bei der Feststellung der Grösse, Form, Consistenz und der näheren Beziehungen der Ovarien zu den übrigen Beckenorganen. *Schultze*¹⁾ bediente sich lediglich nur der combinirten Untersuchung von der Scheide und den Bauchdecken aus, indem zur Auffindung des rechten Eierstockes Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand, zur Constatirung der Verhältnisse des linken Ovariums die gleichnamigen Finger der linken Hand in das rechte beziehungsweise linke Scheidengewölbe eingeführt werden, «während jedes Mal die andere Hand von den Bauchdecken her entgegentastet». Nur für einzelne, äusserst seltene Fälle, bei äusserst straffen Bauchwandungen

¹⁾ *B. S. Schultze*, Ueber Palpation normaler Eierstöcke und die Diagnose geringer Vergrösserung derselben (in der *Jenaischen Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaften*. 1864. I. pag. 282.).

und enger Scheide, werde stets neben der Untersuchung per vaginam auch diejenige per Rectum nöthig werden.

Wenn man die vortreffliche Arbeit *Schultze's* liest, muss es geradezu auffallen, wie *Beigel*¹⁾ noch 1874 sagen kann, dass die Ovarien in ihrem gesunden Zustande bis vor einem Jahre, also bis anno 1873, uns gänzlich unzugänglich gewesen waren und dass man nur beträchtliche Vergrößerungen derselben habe entdecken können. Erst durch die Einführung der *Simon'schen*²⁾ Rectaluntersuchung sei eine sichere Basis für die Diagnose geschaffen worden und alle anderen als diese Untersuchungsmethode seien unbefriedigend. Auch nach *Churchill* und *Ashwell* gibt die Vaginalexploration keine bestimmten Anhaltspunkte, die die Krankheit charakterisiren sollen, und noch heutzutage empfiehlt die französische Schule einzig und allein die Rectaluntersuchung zur Constatirung kleiner Volumsveränderungen der Ovarien.

West hingegen hält die Untersuchung per Rectum nicht für so wesentlich und *Kugelman*³⁾ unterscheidet die Ovarien nicht deutlicher per Rectum als von der Scheide aus. *Olshausen*⁴⁾ empfiehlt für die Mehrzahl der Fälle die combinirte Untersuchung von der Scheide und den Bauchdecken aus, als diejenige Methode, die die besten Aufschlüsse gibt. Auch *Veit*, *Schröder* u. s. w. bedienen sich wesentlich nur der combinirten Untersuchung wie sie *Schultze* gelehrt.

Wir haben uns durch tägliche Uebung überzeugt, dass für die grösste Mehrzahl der Fälle diese Untersuchungsmethode genügt, leugnen aber nicht, dass es Fälle gibt, wo die hohe Lage der Ovarien, straffe Bauchdecken, ein dickes Fettpolster, enge Vagina u. s. w. einen zwingen können, zur *Simon'schen* Rectaluntersuchung Zuflucht zu nehmen, die schon ihrer Umständlichkeit wegen für die Diagnose unseres Leidens nicht verdient, zur allgemeinen Methode gemacht zu werden. Ist der Explorateur etwas geübter, sind die Bauch-

¹⁾ *Beigel*, Die Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Bd. II. pag. 408.

²⁾ *Simon*, Die künstliche Erweiterung des Anus und des Rectums zu diagnostischen operativen und prophylactischen Zwecken, in *Langenbeck's* Archiv für Chirurgie. Bd. XV. pag. 99.

³⁾ *Kugelman*, Gynäcologische Mittheilungen mit besonderer Rücksicht auf die chronische Oophoritis, in *Deutsche Klinik* 1865. pag. 133.

⁴⁾ *Olshausen*, Die Krankheiten der Ovarien. pag. 32.

wandungen nicht zu sehr gespannt, die Scheide nicht zu eng, so ist ein Wechseln der Hände nicht nöthig, sondern auch der linke Eierstock kann mit dem eingeführten rechten Zeige- und Mittelfinger in die Scheide in seinen Beziehungen gedeutet werden. Die ausschliesslich vaginale Exploration ist durchaus ungenügend; ebenso unbefriedigend ist die bloss äussere Untersuchung durch Palpation und Percussion des Abdomens, welcher Methode früher so grosse Bedeutung zugeschrieben wurde, ohne dass sie, wie wir aus unseren Beobachtungen sehen werden, zu irgend welchen massgebenden unterschiedenen Resultaten führte. Für die reine isolirte Oophoritis gibt dieselbe keine weiteren Aufschlüsse, als dass man in einer oder beiden Ovarialgegenden auf mehr oder weniger tiefen Eindruck hin Schmerz erzeugt, der uns nur anzunehmen berechtigt, dass in der Tiefe des Beckens irgend welche pathologische Processe, wahrscheinlich entzündlicher Natur, sich geltend gemacht haben. Druck auf die übrigen Parthien des Abdomens ist nicht schmerzhaft. Der Unterleib ist im Allgemeinen flach, bisweilen durch Obstipation und Meteorismus aufgetrieben. Kommt man zu einer frischen, vielleicht während einer Periode entstandenen Oophoritis, so sind wohl sämtliche Parthien des aufgetriebenen Abdomen schon auf leisen Druck hin schmerzhaft. Das nur wenig vergrösserte Ovarium durch die Bauchdecken durchzufühlen, ist im Allgemeinen unmöglich. Bisweilen, bei sehr schlaffen dünnen Bauchwandungen, fühlt man eine kleine Geschwulst, welche dem palpirenden Finger ausweicht. Haben sich um das Ovarium perimetritische Exsudatschwarten abgelagert, liegt eine Perioophoritis vor, so wird es bei leicht und tief eindrückbaren Bauchdecken vielleicht gelingen, den mehr oder weniger schmerzhaften, eher circumscribten Tumor rechts oder links neben dem Uterus oder in beiden Inguinalgegenden zu fühlen. Die Percussion dieser Stellen mag dann einen gedämpft tympanitischen Schall geben. Die genaue Grössenbestimmung des Tumors ist wegen dessen gewöhnlich tiefer Lage im Becken unmöglich. Ist die Entzündung in Abscedirung übergegangen, dann wird die Druckschmerzhaftigkeit excessiv und sie beschränkt sich dann nicht nur auf die Gegend des mehr oder weniger deutlich fühlbaren circumscribten Tumors, sondern ist über die ganze untere Abdominalparthie verbreitet. Für die Gegenwart der reinen, isolirten uncomplicirten Oophoritis chronica ist bezeichnend und für ihre Annahme durchaus nothwendig die, nur durch

die bimanuelle Untersuchung mögliche Constatirung eines mehr oder weniger grossen, ringsum circumscribten, für sich unabhängig vom Uterus beweglichen schmerzhaften Tumors zu einer oder beiden Seiten des Uterus an Stelle des Ovariums.

Die durch die Entzündung erzeugte Volumszunahme des Eierstockes ist in verschiedenen Fällen eine verschiedene. Das Ovarium kann nur minimal an Grösse zugenommen haben, oder es hat die Grösse einer Baumnuss, einer Kastanie, eines Hühnereies, sogar eines Apfels erreicht. Es kann also mehr als doppelt so gross werden, was wir gegenüber jenen Autoren, die eine beträchtliche Vergrösserung selten oder gar nie beobachtet haben wollen, besonders betonen müssen. Der oophoritische Tumor nimmt kurz vor Eintritt der Regel an Volumen zu. Dies wurde in verschiedenen unserer Fälle constatirt; aber auch ganz unabhängig von der Periode wechselt die Grösse der oophoritischen Schwellung. Bei jenen acuten Exacerbationen im Verlaufe der chronischen Oophoritis nämlich, auf die wir pag. 41 aufmerksam machten, nimmt das Ovarium unter Temperatursteigerung an Grösse zu und wird gleichzeitig auch schmerzhafter. Bei passendem Verhalten der Patientin kann mit dem Zurücktreten der acuten Erscheinungen auch das Ovarium zu seiner früheren Grösse zurückkehren, um in einzelnen Fällen bald wieder ohne bekannte Veranlassung beträchtlicher zu schwellen. Es ist überhaupt ganz wunderbar, wie rasch und wie häufig solche entzündete Ovarien ihr Volumen ändern können. Jedes Mal mit Zunahme der Ovarienschwellung steigern sich auch die subjectiven Beschwerden. Bei doppelseitiger Oophoritis beobachtet man, dass ebenfalls ganz unabhängig von der Regel bald der eine Eierstock bald der andere mehr schwillt und gleichzeitig schmerzhafter wird. Auf dieses successive Befallenwerden bald des einen bald des anderen Ovariums hat schon *Schultze* pag. 283 der bereits erwähnten Arbeit aufmerksam gemacht.

In Folge dieser Grössen- und gleichzeitigen Gewichtszunahme des Eierstockes sinkt derselbe in den meisten Fällen, aber durchaus nicht immer in den Douglas'schen Raum hinunter. Das rechte Ovarium fühlten wir gewöhnlich tiefer als das linke. Bisweilen liegt das entzündete Organ auffallend tief neben dem Scheidentheil, so dass es vom in die Scheide eingeführten Finger ohne gleichzeitigen Druck von aussen gefühlt werden kann. Gleichzeitig muss sich der

Tumor in Folge seiner Verbindung mit dem Uterus auf dieser Wanderung nach unten der Mittellinie nähern, so dass er in manchen Fällen rechts oder links über dem hinteren Scheidengewölbe, hart am Uterus, ganz deutlich von ihm abgegrenzt, vorgefunden wird. Auf das Heruntersinken des aus irgend einem Grunde vergrösserten Ovariums wurde zuerst von *Rigby*¹⁾ aufmerksam gemacht. Findet man bei einer gynäkologischen Untersuchung bei normaler Lage des Uterus ein Ovarium auffallend tief und vergrössert, wenn auch nicht mehr schmerzhaft, so liegt der Gedanke nahe, dass dieser Eierstock einmal der Sitz einer Entzündung war. Das gesund gewordene Ovarium steigt gewöhnlich wieder zur früheren normalen Höhe. Hat sich das vergrösserte Organ nicht in den Douglas gesenkt, sondern ist dasselbe an normaler Stelle auf der Höhe der Linea inominata zu fühlen, so brauchen nicht Adhäsionen dasselbe dort fixirt zu halten. Wir haben Fälle, wo ein vergrössertes, schmerzhaftes, entzündetes Ovarium an normaler Stelle beweglich gefühlt wurde. Das vergrösserte Ovarium behält im Allgemeinen die Form des gesunden. Bisweilen zwar stellt es mehr einen kugeligen, andere Male einen mehr platten Tumor dar.

Die Oberfläche desselben ist bald glatt, häufiger uneben höckrig. Von Consistenz ist er gewöhnlich nachgiebig, weich, elastisch, doch nicht fluctuirend, in selteneren Fällen hart.

Ein circumscripiter, von allen Seiten abgrenzbarer Tumor ist für die Annahme einer reinen Oophoritis durchaus nothwendig.

Nicht weniger wichtig ist die vollkommene, freie Beweglichkeit der oophoritischen Schwellung, ganz unabhängig vom Uterus. Was diesen letzteren betrifft, so wird auch er in uncomplicirten Fällen seine normale Beweglichkeit nicht eingebüsst haben, überhaupt normale Beweglichkeit darbieten. Ist er in seiner Beweglichkeit beschränkt, so ist es nicht Folge der chronischen Oophoritis. Die Fixation der Gebärmutter ist eine zufällige und durch andere Momente veranlasste. Besteht aber irgend ein Zusammenhang zwischen dieser Fixation und der reinen isolirten Oophoritis, so ist es in dem Sinne ein causaler, dass die gewöhnlich in Latero-Retroflexion adhärente Gebärmutter durch die Stauung im Uterus und dem Ovarium die Oophoritis verursachte (pag. 21). Gleichzeitig mit der

¹⁾ *Rigby*, On the displacement of the ovaries.

Retroflexion, die auch eine bewegliche sein kann, sieht man bisweilen chronische Metritis, Endometritis, Gonorrhoe, Vaginalcatarrh, auch Tubenentzündungen. Indem wir von der Annahme ausgehen, dass das gesunde Ovarium nur auf starken Druck hin schmerzhaft sei, dürfen wir die Schmerzhaftigkeit einer Eierstocksschwellung schon auf mässig starke Betastung hin als wichtiges Symptom des entzündeten Organs aufstellen.

Die Frage nach der Sensibilität des normalen Ovariums war eine vielfach ventilirte und wurde von den verschiedenen Autoren verschieden beantwortet. Wir würden uns nicht länger mit derselben aufhalten, wenn heutzutage sämmtliche Aerzte in der Beantwortung derselben einig wären und der Werth, den wir der Schmerzhaftigkeit des Tumors auf Druck als diagnostisches Moment vindiciren, dadurch nicht Gefahr laufen würde, herabgesetzt zu werden. Wir schliessen uns Jenen an, die wie *Loumaigne, Puech, Murat, Kugelman, Schultze, Kiwisch, Scanzoni* u. A. annehmen, dass das gesunde Ovarium auf Druck im Allgemeinen noch mehr empfindungslos sei und wir glauben die entgegengesetzte Ansicht anderer Autoren, besonders Vertreter der französischen Schule, wie *Boinet, Courty, Gallard* u. A., dadurch widerlegen zu können, dass wir den berühmt gewordenen Fall von *Percival Pott*¹⁾, den diese Aerzte als Hauptstütze für ihre Annahme herbeiziehen, als in dieser Frage für nicht beweiskräftig halten, da in demselben nur über die Ovarien referirt wird (die freilich beide nicht entzündet waren), der Zustand der breiten Mutterbänder aber und des ganzen Stieles der Ovarialhernie mit keinem Worte erwähnt wird und wahrscheinlich gerade in diesen Gebilden die Ursache für die excessive Schmerzhaftigkeit gefunden worden wäre.

Früher, wo der Schmerz in der Diagnose der Krankheiten der Beckenorgane die Hauptrolle spielte, hat man in der Qualität der

¹⁾ Es handelte sich bekanntlich um ein sonst gesundes Individuum, welches mit zwei Cruralovarialhernien behaftet war, die bei der Arbeit so intensiv heftige Schmerzen verursachten, dass die Person ihrem Geschäfte als Dienstmagd nicht mehr obliegen konnte. Auf wiederholtes flehentliches Drängen von Seite der armen Patientin entschloss sich *Percival Pott*, die beiden Tumörchen zu excidiren, nachdem Versuche, die Eierstockbrüche zu reponiren, sich als erfolglos erwiesen hatten. — *Chirurgical observations relative to the cataract, the Polypus of the nose, the Caucer, Ruptury* etc. London 1775.

Druckschmerzhaftigkeit des entzündeten Ovariums etwas für die Oophoritis Pathognomonisches finden wollen. So hat *Gallard*¹⁾ Momente aufgezählt, die die Druckschmerzhaftigkeit des Ovariums vom peritonitischen Schmerz sowohl, als von demjenigen bei der chronischen Metritis unterscheiden sollte. Nach unserer Ansicht bietet die Qualität des Druckschmerzes bei der Ovarienentzündung nichts Charakteristisches, Specifisches gegenüber derjenigen bei anderen Affectionen.

Während der Druck auf die oophoritische Schwellung im Allgemeinen nur ein Stechen im Abdomen und im Kreuz hervorruft, steigert sich der Schmerz bei empfindlicheren Personen zum Unerträglichen, so dass schon die leiseste Berührung des betreffenden Scheidengewölbes die Kranken laut aufschreien macht. In anderen unserer Fälle rief man bei der Untersuchung der Eierstöcke das Gefühl von allgemeiner Uebelkeit hervor. Wie hysterische Personen auf Druck ihrer entzündeten Ovarien antworten, haben wir pag. 41 bereits mitgetheilt. Uebrigens ereignen sich solche Zufälle auch bei anderen Affectionen dieser Organe, z. B. bei cystösen Entartungen, so dass denselben mit Entschiedenheit eine besondere Bedeutung nicht zugeschrieben werden darf.

Auch hier glauben wir keinen besseren Beleg für die Richtigkeit der eben gemachten Mittheilungen über die Resultate der gynäcologischen Untersuchung bei der isolirten Oophoritis geben zu können, als dadurch, dass wir einzelne unseren Fällen entnommene örtliche Befunde reproduciren.

Bei tiefem Druck auf den durch Tympanites aufgetriebenen Unterleib fühlt man in der rechten Iliacalgegend eine kleine, schmerzhaft Geschwulst, welche dem palpirenden Finger ausweicht. Bei der combinirten Untersuchung fühlt man hoch oben einen circa wallnussgrossen, etwas höckrigen, schmerzhaften Tumor. Daneben kein Ovarium zu fühlen. Uterus normal beweglich, normal lang; es besteht etwas Uterincatarrh.

Im linken hinteren Scheidengewölbe fühlt man einen fast hühnereigrossen, beweglichen, elastischen Tumor. Bei der leisesten Berührung desselben zuckt Patientin zusammen. Er muss für das linke vergrösserte Ovarium angesprochen werden. Rechter Eierstock ebenfalls als circa wallnussgrosser, empfindlicher Tumor zu fühlen. Heftige gonorrhoeische Vaginitis.

Anämische Frau von 30 Jahren. Untersuchung der Brust- und Bauchorgane, soweit letztere die Genitalsphäre nicht betreffen, ergibt normalen

¹⁾ *Gallard*, Leçons cliniques sur les maladies des femmes. 1873. pag. 715.

Befund. Abdomen nicht aufgetrieben. Im rechten Hypogastrium sehr intensiver Druckschmerz. Ein Tumor ist bei der äusseren Untersuchung nicht nachweisbar. Bei der inneren Exploration bietet die Scheide nichts Abnormes dar. Die combinirte Untersuchung ergibt, dass der Uteruskörper antelectirt ist; der Knickungswinkel ist scharf und deutlich fühlbar, Uteruskörper nicht vergrössert, nicht schmerzhaft, beweglich. Rechts neben dem Uterus, demselben eng anliegend, fühlt man einen apfelgrossen, rundlichen, circumscribten, mässig resistenten, sehr schmerzhaften Tumor; derselbe bietet nirgends Fluctuation dar, ist deutlich für sich allein, unabhängig vom Uterus, beweglich. Links auf der Höhe der Linea inominata ist das normal grosse, bewegliche, nicht schmerzhaft Ovarium nachzuweisen. Etwa 14 Tage darauf constatirt man, dass der rechts neben dem Uterus liegende Tumor an Umfang schon beträchtlich abgenommen hat, dass er aber auf Druck immer noch schmerzhaft ist. Weitere zwei Wochen darauf ist der Tumor fast vollkommen verschwunden, Druck auf denselben nicht mehr schmerzhaft. Dagegen findet sich jetzt an Stelle des früher gefühlten, in allen Beziehungen normalen Ovariums ein nussgrosser, eher weicher Tumor, der auf Druck schmerzhaft ist; offenbar der linke, entzündete Eierstock.

Wir sehen also, dass bei vollkommener Bettruhe das linke Ovarium ohne uns bekannte Veranlassung sich entzündet, während gleichzeitig die Oophoritis chronica dextra verschwindet.

Folgender Fall ist insofern von besonderem Interesse, als wir in der Anstalt unter unseren Augen bei einer Patientin, die wegen einer anderen Erkrankung aufgenommen wurde, eine doppelseitige Oophoritis entstehen sehen, so dass wir Gelegenheit hatten, bei derselben Person in kurzer Zeit zunächst die normal grossen Ovarien, sodann die durch Entzündung geschwellten Organe zu fühlen.

Das 20jährige Dienstmädchen B. K. tritt am 25. Juni 1881 wegen Menorrhagien in die Anstalt ein. Bei der ersten Untersuchung wird unter Anderem constatirt, dass beide Ovarien in allen Beziehungen normale Verhältnisse darbieten; sie sind speciell nicht vergrössert, nicht schmerzhaft. Etwa 14 Tage nach Eintritt bekommt Patientin plötzlich, ohne nachweisbare Veranlassung, einen heftigen Schmerzanfall. Die Schmerzen sind besonders in der rechten Hüftgegend und strahlen von da aus in's rechte Bein. Druck auf's Abdomen ist besonders in der rechten Ovarialgegend äusserst empfindlich. Die normale Temperatur ist auf 38,7° C. gestiegen.

Bei der Untersuchung fühlt man rechts in der Nähe der Linea inominata einen weichen, sehr schmerzhaften, fast hühnereigrossen Tumor, der beweglich ist. Einige Tage darauf bekommt Patientin wieder einen intensiven Schmerz im Abdomen, zwar jetzt besonders links. Nunmehr kann man die Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit auch des linken Eierstockes constatiren.

R. S., Puella publica, 18 Jahre alt, leidet an stark eitrigem Vaginalcatarrh infectiöser Natur. Gonorrhoe der Harnröhre, Schwellung der Drüsen

am Scheideneingang. Links neben dem Uterus, demselben eng anliegend, fühlt man einen kastaniengrossen, schmerzhaften Tumor, den man für das an den Uterus gelöthete linke Ovarium ansehen muss. (Perioophoritis.) Der rechte Eierstock ist weiter von der Gebärmutter entfernt an der rechten Symphysis sacroiliaca. Er ist ebenfalls vergrössert und schmerzhaft, aber beweglich, von rundlicher Form.

Bei der schwächlichen, anämischen Frau B. R. liegt der Uterus im hinteren Scheidengewölbe, stark retroflectirt; Vaginalportion der Symphise genährt, elevirt. Uterus ist ohne grosse Kraftanstrengung aufzurichten. Sein Körper ist vergrössert, $8\frac{1}{2}$ cm. lang, etwas teigig anzufühlen, nicht schmerzhaft. Aus der Höhle fliesst viel schleimiges Secret. Das rechte Ovarium ist tief in den Douglas'schen Raum heruntergesunken, bedeutend vergrössert und sehr empfindlich. Das linke ist nicht vergrössert, nicht schmerzhaft. Durch ein Hodge'sches Pessar, das der Retroflexio uteri wegen eingelegt wird, wird der linke Eierstock eingeklemmt, welcher durch das Trauma acut sich entzündet. Bei der nächsten Periode, die stärker ist als frühere, entwickelt sich eine Hämatocele retrouterina, die, ohne weitere Folgen zu hinterlassen, bald heilt.

Bei der gynäkologischen Untersuchung der 38 Jahre alten Patientin A. S. fühlt man im hinteren Scheidengewölbe den vergrösserten Uteruskörper, der sich leicht reponiren lässt. Derselbe ist empfindlich. Durch Sondirung stellt man die Länge seiner Höhle auf $8\frac{1}{2}$ cm. fest. Im Speculum sieht man eine catarrhalische Erosion um den Muttermund, hauptsächlich an der hinteren Lippe. Die Diagnose lautet auf bewegliche Retroflexion, die durch Stauung zu chronischer Metritis und Endometritis geführt hat. Es wird zur Hebung der Rückwärtsknickung ein Hodge'sches Pessar eingelegt, welches aber schon Tags darauf wegen zu starker Schmerzen durch einen kleineren ersetzt werden muss. Patientin geht damit nach Hause, bekommt starke Schmerzen im Kreuz und Abdomen, kommt aber trotzdem erst nach drei Wochen in die Anstalt und bei der Untersuchung constatirt man nun das Vorhandensein einer Hämatocele retrouterina, hervorgerufen durch den Druck des Ringes auf ein Ovarium (wie sich später herausstellt: auf das rechte). Aus dem Bluterguss in den Douglas bildet sich secundär eine Perimetritis und durch Schwarzen wird nun der Uterus in Retroflexionsstellung fixirt gehalten. Das rechte Ovarium ist in diese perimetritischen Exsudatmassen eingebettet. Das linke ist klein, nicht schmerzhaft, etwas tiefliegend, frei beweglich. Nach etwa einem Jahre stellt sich die Kranke wieder und zwar wegen Dysmenorrhoe und Schmerzen auf der linken Seite des Unterleibes. Der Eierstock dieser Seite vergrössert, tiefliegend, schmerzhaft und im Gegensatz zum rechtsseitigen perioophoritischen Tumor ganz frei beweglich.

Um den charakteristischen Unterschied in den Befunden der reinen Oophoritis und der Perioophoritis noch deutlicher hervortreten zu lassen, als es in den letztmitgetheilten Beispielen möglich war, sollen nunmehr einige Fälle von Perioophoritis in extenso wiedergegeben werden.

Das 21jährige Dienstmädchen E. C. ist eine ordentlich genährte, anämische Person. Bauchdecken sind schlaff. Von aussen ist durch dieselben nichts Abnormes durchzufühlen. Das hintere Scheidengewölbe ist durch einen Tumor heruntergedrängt. Dieser Tumor ist der retrovertirte Uterus, dessen Fundus, gleichzeitig nach rechts gewendet, hier fixirt ist. Gebärmutterkörper etwas vergrössert. Rechts vom Uterus fühlt man einen ziemlich harten, schmerzhaften, kaum beweglichen Tumor von der Grösse eines Hühnereies (Perioophoritis). Links ist ein bewegliches, vergrössertes, schmerzhaftes Ovarium. Etwa drei Wochen darauf hat sich trotz Bettruhe der Befund insofern verändert, als der linksseitige Tumor nicht mehr ganz circumscripirt und nicht mehr beweglich ist, sondern diffus sich an den Cervix anschliesst.

Patientin hatte in den letzten Tagen Temperaturerhöhungen bis auf 38° C. Es hat sich wohl ein Exsudat an die Oophoritis chron. sinistr. angeschlossen. Es besteht nunmehr doppelseitige Oophoritis. Etwa drei Wochen darauf wird der Tumor rechts ebenfalls unter Temperatursteigerung grösser, gleichzeitig schmerzhafter. Der Uterus ist etwas vergrössert, wenig anteflectirt, unbeweglich. Rechts vom Uterus, hart demselben anliegend, ist ein brett harter, höckriger, unbeweglicher, empfindlicher, circa faustgrosser Tumor, der nach unten eine abgerundete Form hat. In demselben ist deutlich ein noch schmerzhafteres, elastisches Knötchen zu fühlen, das vergrösserte, entzündete Ovarium in ein perioophoritisches Exsudat eingebettet. Nach etwa drei Wochen hat Letzteres durch Retroflexion soweit an Grösse abgenommen, dass jetzt nur noch ein ganz kleines Geschwülstchen zu fühlen ist.

Im rechten Scheidengewölbe fühlt man einen fast hühnereigrossen, rundlichen, schmerzhaften Tumor, der am Uterus fixirt erscheint. Einen ähnlichen, nur grösseren Tumor palpiert man links; derselbe liegt dem Uterus viel inniger an und erstreckt sich etwas auf seine Hinterfläche. Beide Geschwülste sind rundlich, hart, auf Druck schmerzhaft. Sie lassen sich nur mit dem Uterus gemeinschaftlich und nur in sehr kleinen Excursionen bewegen. Neben ihnen sind die Ovarien nicht zu fühlen; dieselben sind wohl im Exsudat eingebettet.

Binanuell fühlt man im rechten Scheidengewölbe einen eigrossen, harten, schmerzhaften, fast unbeweglichen Tumor, der dem Uterus anliegt, ihn nach links verlagert. Das Dach der Fornix wird durch die ziemlich circumscripirt Geschwulst nicht nach unten gedrängt.

Abdomen der 28jährigen Seidenweberin, die seit zwei Monaten krank ist, ist nur wenig aufgetrieben, weich, tympanitisch. Ueber der Lymphse bei Druck etwas, besonders etwas nach rechts hin, ziemliche Empfindlichkeit einer harten Resistenz. Uterus im hinteren Scheidengewölbe etwas nach links von der Mittellinie. Sein Körper ist ein wenig vergrössert. Auf der rechten Seite sitzt ihm ein apfelgrosser Tumor an. Derselbe beginnt gleich über dem rechten Scheidengewölbe, ohne jedoch dasselbe herunterzudrücken. Er liegt der rechten Wand des Uterus innig an, ist jedoch durch eine seichte Furche, sowie durch die Verschiedenheit der Consistenz, genau von ihm abzugrenzen. Derselbe ist nämlich prall gespannt, etwas elastisch. Durch Druck ruft man Schmerz hervor, welcher in's rechte Hypochondrium und in's Kreuz

ausstrahlt. Er reicht hinauf bis auf die Höhe des Fundus uteri, nach rechts hin bis zur Beckenwand, ohne jedoch derselben innig anzuliegen. Seine Begrenzung ist überall deutlich und scharf, abgerundet; glatte Oberfläche. Derselbe lässt sich nur mit dem Uterus etwas bewegen.

In einem anderen Falle ist die Gebärmutter ebenfalls retroflectirt: Ihr Fundus links und hinten adhärent; Körper nicht aufzurichten. Links fühlt man, auf der Höhe des inneren Muttermundes beginnend, einen apfelgrossen, prallen, auf Druck äusserst schmerzhaften, wenig beweglichen Tumor. Ein Ovarium ist neben ihm nicht zu fühlen. Nach und nach wird der Tumor kleiner und etwa $1\frac{1}{2}$ Monate nach Eintritt in's Spital, 28 Wochen nach Beginn der Erkrankung, constatirt man, dass von dem früheren Tumor links jetzt nur noch das etwas vergrösserte, schmerzhaft, leicht bewegliche Ovarium zu fühlen sei. Der retroflectirte Uterus lässt sich nunmehr aufrichten.

Der Tumor ist also, wie wir sehen, im Allgemeinen ein grösserer, bleibt zwar gewöhnlich circumscrip't, doch zeigt er bisweilen grosse Neigung, diffus zu werden, in welchem Falle wir dann eher von einem perimetritischen Exsudate reden, besonders, wenn das Ovarium sich nicht in der Geschwulst eingebettet finden lässt. Seine untere Fläche ist gewölbt. Im Tumor eingebettet fühlt man häufig den Eierstock als einen vorspringenden, weniger brettharten, als vielmehr elastischeren, bedeutend empfindlicheren Höcker. Von noch grösserer Wichtigkeit ist die beinahe vollkommene Unbeweglichkeit, die Fixation des Tumors. Die Gebärmutter wird häufig in Retroversions- oder -Flexionsstellung an dem perioophoritischem Tumor fixirt gefunden, aber seltener in reiner medianer Rückwärtsbeugung, sondern gewöhnlich in Lateroretroversion. In selteneren Fällen wird der Uterus nach der entgegengesetzten Seite verdrängt. Versuche, denselben zu bewegen, rufen durch Zerrung an dem entzündeten Eierstock laute Schmerzensäusserungen hervor.

Wir sehen also, dass die Verhältnisse in mannigfacher Weise ganz andere sind, als bei der reinen, isolirten Oophoritis und wir glauben, durch diese einfache Gegenüberstellung und Vergleich zwischen den Befunden die Ansicht jener Autoren widerlegt zu haben, welche die sichere Unterscheidung zwischen Eierstockentzündung ohne und mit perioophoritischem Exsudat in den Bereich der Unmöglichkeit verlegen.

Was den Ovarialabscess betrifft, so sind auch dessen Befunde ganz charakteristische und öfters mit Sicherheit in ihrem Wesen zu deutende. Auf die Analysirung des Details des Untersuchungsergebnisses kommen wir weiter unten pag. 70 bei der Differential-

diagnose zu sprechen; vorläufig begnügen wir uns damit, einzelne unseren Krankengeschichten entnommenen örtlichen Befunde hier folgen zu lassen.

Das Abdomen der 29jährigen Kranken S. A. (Fall B. pag. 51) ist etwas aufgetrieben, ganz weich; nirgends Dämpfung. Rechts, in der Tiefe des kleinen Beckens, ist bei tiefem Druck eine sehr empfindliche Resistenz zu fühlen. Im rechten hinteren Scheidengewölbe liegt eine pralle, fluctuirende, enteneigrosse, schmerzhaft, bewegliche Geschwulst, die von dem Uterus durch eine deutliche Furche abzugrenzen ist und die, von höckriger Oberfläche, verschiedene Consistenz zeigt. Nach rechts hin zeigt sich die grösste Härte; ihr unterer Theil dagegen, der etwas vorspringend ist, zeigt deutliche Fluctuation. An dieser Stelle die intensivste Druckempfindlichkeit. Der Uterus ist durch diesen Tumor nach links und hinten verdrängt. Die Geschwulst geht bis hinter den Scheidentheil, von dem sie deutlich abzugrenzen ist, steht tiefer als derselbe und ist nach unten abgerundet. Die Mastdarmuntersuchung ergibt keine weiteren Anhaltspunkte. Von hier aus ist zwar die fluctuirende Stelle leichter zu erreichen. Vierzehn Tage nach der Punction (vide Fall B. pag. 51) heisst es: Der Ovarialabscess hat sich nicht wieder erneuert. Man fühlt nur noch eine schwartenförmige Härte, in welcher das noch etwas schmerzhaft Ovarium nachzuweisen ist.

Fall A. Das mittelgrosse, ordentlich genährte, etwas anämische 24jährige Dienstmädchen L. S. hat ein etwas aufgetriebenes Abdomen. Dasselbe ist auf Druck empfindlich. Von aussen ist ein Tumor nicht durchzufühlen. Uterus liegt nach rechts und vorn verdrängt; normale Beweglichkeit. Die eingeführte Sonde dringt nach rechts und vorn $7\frac{3}{4}$ cm. weit ein. Rechtes Ovarium leicht vergrössert, auf Druck schmerzhaft. Rechte Tube ebenfalls deutlich zu fühlen. Nach hinten und links vom Uterus fühlt man einen runden, apfelgrossen, höckrigen, stellenweise sehr schmerzhaften Tumor. Derselbe lässt sich aus dem Douglas, wo er gewöhnlich seinen Sitz hat, mit Leichtigkeit in die Höhe heben und in das grosse Becken hinauf drängen. Bei dieser Lage fühlt man vom Uterus einen Verbindungsstrang zu der Geschwulst hingehen. Der Tumor selbst zeigt auf seiner unebenen, höckrigen Oberfläche verschiedene Resistenz; einige Stellen sind hart; andere, die schmerzhafteren bieten das Gefühl dar, als ob Flüssigkeit im Tumor sich befände. Der Ovarialabscess wurde in der gynäkologischen geburtshülflichen Klinik von ihrem Director, Herrn Prof. *Frankenhäuser*, operirt. Die genaueren Details wurden schon pag. 51 Fall A gegeben.

Fall C. Anämisches, schwach gebautes Mädchen. Temperatur erhöht bis $38,5^{\circ}$ C. Puls 100. Zunge belegt, neigt zur Tröckene. Klage über stechende Schmerzen im Unterleib besonders und im Kreuz. Viel Harndrang, schmerzhaft Exurese. Schmerzhafte retardirte Defäcation. Häufig Tenesmus. Das Genauere der Symptomatologie vide pag. 52. Bei der inneren Untersuchung findet man den Scheidentheil normal. Muttermund eine rundliche Oeffnung ohne Einrisse. Uterus retrovertirt, nicht vergrössert, eher etwas

klein. Ohne heftige Schmerzen zu verursachen, ist er nicht zu reponiren. Die ganze Untersuchung ist äusserst schmerzhaft. In Chloroformnarcose kurz vor der Punction zeigt sich der Uteruskörper durch einen ihm rechts anliegenden Tumor stark nach links gedrängt. Der genannte Tumor ist an die rechte Kante des Uterus herangedrängt, dennoch durch eine seichte Grube allseitig abzugrenzen. Derselbe drängt das rechte Scheidengewölbe und etwas auch das hintere stark nach unten. Er zeigt rundliche Form, wird nach unten nicht verjüngt und reicht bis zur seitlichen Beckenwand. Er ist leicht beweglich, von elastischer, deutlich fluctuirender Consistenz. Ein Ovarium ist neben ihm nicht zu fühlen. Der linke Eierstock ist etwas vergrössert, auf Druck etwas schmerzhaft, nicht fluctuirend. (Oophoritis.) Fünf Wochen nach der Punction constatirt man, dass das rechte Ovarium noch taubeneigross, prall, nirgends fluctuirend, beweglich, auf Druck wenig empfindlich ist.

Was die Differentialdiagnose zwischen einer Oophoritis, Perioophoritis und oophoritischem Abscess einerseits und anderen allfällig in Betracht kommenden Affectionen andererseits betrifft, so wäre in dieser Hinsicht Folgendes mitzutheilen.

Mit den soliden Neubildungen des Ovariums wird eine Oophoritis wohl nicht häufig verwechselt werden können. Abgesehen davon, dass diese sehr selten sind, zeichnen sie sich alle, mit Ausnahme der Fibroide, durch rasches Wachsthum und bedeutende Grösse aus; erzeugen die Einen (Carcinom, Sarcom, seltener Fibrom) Ascites oder erregen Andere (Carcinom, Papillom, Tuberculose) chronische Peritonitis. Ausser den Fibroiden, die nicht rasch wachsen, sind sie Alle malign. Der Tumor lässt sich isoliren, ist von gleichmässiger Oberfläche, besitzt äusserst harte Consistenz, ist nicht schmerzhaft. Damit ist der Unterschied zwischen ihm und einer oophoritischen Schwellung gegeben.

Am schwersten wird es sein, eine beginnende Ovarialtuberculose von einer Eierstockentzündung zu unterscheiden, und in manchen Fällen mag die Diagnose im Anfang unmöglich sein; später gibt gewöhnlich die Tubenschwellung, die sich zur Ovarialtuberculose hinzugesellt, vielleicht auch ein Exsudat in die Bauchhöhle, wie wir dies vor Kurzem in einem Falle zu sehen Gelegenheit hatten, genügende Anhaltspunkte.

Blutcysten des Ovariums machen sich gewöhnlich deutlich durch das Hervortreten weicher, circumscripiter Stellen, die ausserordentlich rasch entstehen, um häufig ebenso schnell wieder zu verschwinden; dabei sind sie vollkommen schmerzlos; die Fieber-

losigkeit bei der Regel, die Schmerzlosigkeit, das acute Auftreten an einem vorher ganz gesunden Ovarium, sind uns Anhaltspunkte zur Unterscheidung; zudem bildet sich in manchen Fällen ganz acut eine Hämatocele, so dass dadurch bisweilen die Diagnose gesichtet wird. Diese Blutcysten des Ovariums kommen bisweilen mit chronischer Oophoritis complicirt vor und können als ein Folgezustand dieser Krankheit angesehen werden.

Gestillte subperitoneale Fibroide, die sich in die breiten Mutterbänder ausbreiten, charakterisiren sich durch ihre besondere Härte, rundliche Gestalt, Schmerzlosigkeit und durch ihre ziemlich genaue Verbindung mit der Gebärmutter.

Unter den Anomalien der Bildung des Uterus kommt hier wesentlich in Frage der Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Eine genaue Untersuchung der seitlichen Scheidengewölbe, eine ungleichmässige Entwicklung derselben, der Zusammenhang des rudimentären Horns mit dem Cervix, die Lage und Form der gut entwickelten Uterushälfte, sonstige Zeichen der Verdoppelung, das Auftreten wehenartiger Schmerzen bei allfälliger Bildung einer Hämatometra lateralis, dies Alles wird uns die nöthigen Anhaltspunkte liefern, uns in unserem Entscheide bestimmen können.

Von den Tubentumoren ziehen wir hier wesentlich nur in Betracht die Flüssigkeitsansammlungen in den Tuben, weil sie die häufigsten und wichtigsten sind.

In den Fällen von kleinen Ovarialschwellungen, wo die Tube in ihrem ganzen Verlaufe als ein dünner, gleichmässiger Strang gefühlt wird (in einzelnen unserer Beobachtungen wurde dies ausdrücklich betont), kann ein Tubentumor natürlich von vorneherein ausgeschlossen werden.

Die seltenen Fälle von Hydro-, Pyo- und Hämatosalpinx, die keine Adhäsionen eingegangen sind, werden sich von den beweglichen oophoritischen Tumoren durch ihre keulen-, birnförmige Gestalt mit den Einschnürungen und darmähnlichen Wülsten unterscheiden lassen, die meist nahe an den Uterus herantreten. Weniger allgemein zu verwerthen ist der Umstand, dass die freibeweglichen, kleinen Tubentumoren hoch oben über dem Beckeneingang zu fühlen sind, während die oophoritischen gewöhnlich, aber eben nicht immer, tief in den Douglas heruntersinken.

Die Constatirung, dass fraglicher Tumor nach längerer Betastung bei der Untersuchung hart wird, ist von besonderer Bedeutung, da dann nur eine Geschwulst mit musculösen Wandungen vorliegen kann. Für die seltenen Fälle, wo die Flüssigkeitsansammlung in den Tuben in Folge einer einzigen Verklebung des Lumens einen rundlichen, einfachen Tumor erzeugt hat, fällt die charakteristische Form der überwiegenden Mehrzahl der Tubencysten als Unterscheidungsmerkmal hinweg und da das charakteristische Umklappen der beweglichen Tubengeschwülste nicht immer vorkommt, so muss bisweilen zur Anamnese und Symptomatologie Zuflucht genommen werden, die einigen Aufschluss mit Wahrscheinlichkeit immer werden verschaffen können. Hydrosalpinx wird sehr häufig im climacterischen Alter beobachtet; Oophoritis ist eine Krankheit des zeugungsfähigen Weibes. Die für die Ovarientzündungen so charakteristischen Menstruationsstörungen werden bei Tubentumoren fehlen. Das Auftreten von wehenartigen Schmerzen, der spontane Abgang sowohl als das durch Druck künstlich hervorgerufene Ausfliessen von Flüssigkeit aus dem Tumor; alle diese Momente werden uns in der Diagnose bestärken.

Nach früheren Beobachtungen unserer Klinik, über die *Hausammann*¹⁾ in seiner Inauguraldissertation ausführliche Mittheilungen gab, werden in den meisten Fällen die durch Schleim, Eiter oder Blutansammlung in den Tuben gebildeten Tumoren im Douglas hinten oder seitlich fixirt. Diese perisalpingitischen Geschwülste sind also wie die perioophoritischen kaum oder nur sehr wenig beweglich, wie diese auch schmerzhaft. Die Verlagerung des Uterus aber ist bei den Tubentumoren, selbst bei den beweglichen, anders als bei perioophoritischen Anschwellungen. Während nämlich bei diesen die Gebärmutter nach vorn geschoben, gewöhnlich auch verlängert, sogar über die Geschwulst gebogen wird, wird bei jenen gerade die Lateroretroversion, die von der chronischen Perioophoritis so häufig verursacht wird, nur äusserst selten beobachtet.

Die Cysten des Parovariums und die morgagnischen Hydatiden sind sehr dünnwandig, elastisch, rund und lassen sich meist genau vom Ovarium abgrenzen, welches neben ihnen gefühlt wird. Dieser Punkt ist bei der Differentialdiagnose zwischen Tuben-

¹⁾ *Hausammann*, Ueber Retentionsgeschwülste schleimigen Inhalts in den weiblichen Genitalien. Inauguraldissertation. Zürich 1876. pag. 67.

cysten und dem uns beschäftigenden Leiden darum beinahe werthlos, weil die Ovarien gewöhnlich in den perisalpingetischen Tumoren eingebacken sind.

Die Fälle, die wir als oophoritische Abscesse diagnosticirt und als solche oben vorgeführt haben, sind ganz unzweideutige, zweifellose und kennzeichnen sich gegenüber einem abscedirten perimetritischen Exsudat durch mancherlei wichtige Unterscheidungsmerkmale. Die Fälle, deren Befunde nicht ganz reine waren, haben wir bei Verwerthung des Materials zu vorliegender Arbeit ausgeschlossen.

Der in Suppuration übergegangene oophoritische Tumor zeichnet sich hauptsächlich aus durch seine regelmässige, runde oder ovale, circumscripte Form, durch die deutliche Abgrenzung desselben vom Uterus und durch dessen relative Beweglichkeit. Zum Ovarialabscess kann sich freilich eine partielle Beckenperitonitis hinzugesellen. Dadurch wird der sonst immer circumscripte Tumor diffuser, weniger leicht abgrenzbar, gleichzeitig büsst er seine Beweglichkeit ein, und so kann es geschehen, dass dem Gynäcologen Fälle zur Untersuchung vorkommen, bei denen die Entscheidung schwierig sein wird, ob es sich um ein abscedirtes perimetritisches Exsudat handelt, oder ob die Erkrankung ihren Ausgangspunkt vom Ovarium nahm.

Für eine Tubeneiterung fehlt dem Ovarialabscess die birnförmige Gestalt mit den Einschnürungen, die fast regelmässige Anlagerung an den Uterus.

Vereiterte Ovarialcysten sind gewöhnlich grösser als oophoritische Abscesse. In den Fällen, wo man die Entwicklung des Abscesses beobachten konnte, mag es ein Leichtes sein, zu entscheiden, worum es sich handelt. Bekommt man aber schon den complicirten Fall zur Untersuchung, so möchte es im Allgemeinen wohl schwer fallen, aus dem Befunde allein eine sichere Diagnose zu stellen. Hingegen kann uns die Probepunction bestimmte Anhaltspunkte geben, insofern sie entweder reinen Eiter liefert, oder aber die gewonnene Flüssigkeit neben Eiter, noch Colloid, Fett, Haare etc. enthält. Jüngst hatten wir einen in dieser Beziehung interessanten Fall an hiesiger Klinik zu beobachten Gelegenheit. Es handelte sich um ein 18jähriges Mädchen, welches seit einem halben Jahr eine Volumszunahme ihres Abdomens bemerkte. Durch die Untersuchung ergab sich das Vorhandensein eines Ovarialcystsoms. Da

nun Patientin über Schmerzen im Unterleibe klagte und hoch fieberte, eine Ursache für diese hohe Temperatur aber sich nicht nachweisen liess, so entschloss man sich bei der Annahme, es werde wohl eine Entzündung der Cystenwand mit nachfolgender Vereiterung des Inhalts vorliegen, zur Punction. Die erste Hälfte der entleerten Flüssigkeit entsprach vollkommen dem Inhalte einer gewöhnlichen colloiden Ovarialcyste. Allmählig aber wurde die Flüssigkeit trüber, bis sich endlich reiner Eiter aus dem mitteldicken Trocart ergoss. Auch mikroskopisch waren für Cystome charakteristische, geformte Elemente nicht nachweisbar. Hätte man nun die Cyste einige Zeit später punctirt, so wäre wahrscheinlich ihr ganzer Inhalt vereitert und aus dem Eingriffe nicht zu entscheiden gewesen, ob eine vereiterte Ovarialcyste oder eine abscedirte Oophoritis vorgelegen hatte.

Eine nicht vereiterte Ovarialcyste (natürlich kommen auch hier nur die kleinen in Betracht, die noch im kleinen Becken Platz finden) wird nicht schmerzhaft, von keinem Fieber begleitet sein. Die Anamnese wird hier treffliche Anhaltspunkte zur Differentialdiagnose zwischen ihr und dem genuinen oophoritischen Abscess bieten. Die Oberfläche der Tumoren hat nach unserer Ansicht für dieselbe keine Bedeutung, da in beiden Fällen neben knotigen, hervorragenden, härteren, auch flachere, fluctuirende Stellen gefühlt werden können, oder aber beide Geschwülste glatte Oberfläche von gleichmässiger Resistenz haben. Einiger Werth darf aber auf die Schmerzhaftigkeit des Tumors gelegt werden, da dieselbe beim Ovarialabscess eine exquisite ist, während sie den Ovarialcysten im Allgemeinen nicht zukommt, nur in einzelnen Fällen, bei Entzündung der Wandung angetroffen wird.

Die sehr seltenen Cysten des Ligamentum latum sind durch die Untersuchung nicht mit Sicherheit von kleinen Ovarialcysten zu unterscheiden, ausser dass es möglich sei, neben der Cyste noch den Eierstock zu fühlen. Für sie gilt das soeben über die nicht vereiterten Ovariencysten Mitgetheilte.

Handelt es sich um einen rechtsseitigen, perioophoritischen Tumor, so ist die Frage nach dem allfälligen Vorhandensein einer Perityphlitis, wenn sie auch nicht sehr nahe liegt, doch gerechtfertigt. Aus unseren Fällen ersehen wir, dass sie zwei Mal zur Sprache kommen musste. Die sehr hohe Lage der Geschwulst, mehr in der Bauch- als in der Beckenhöhle; die Symptomatologie, be-

sonders die Erscheinungen von Seite des Darmtractus, die Diarrhoe, das Erbrechen u. s. w. bei letzterer Affection, werden uns in unserem Entscheide leiten können.

V. Prognose.

Die chronische Oophoritis ist häufig ein sehr hartnäckiges Leiden, das jeder gegen dasselbe eingeschlagenen Behandlung spottet.

Quoad vitam freilich stellt sich die Prognose mit Ausnahme jener vereinzeltten Fälle, wo ein Ovarialabscess in die Bauchhöhle sich ergoss und durch acute eiterige Peritonitis zum Tode führte, oder, wo die chronische Eiterung eines nach aussen perforirten Abscesses zu einem chronischen Siechthum Anlass gibt, welches das lethale Ende allmählig herbeiführt, wir sagen also: mit Ausnahme dieser seltenen Fälle stellt sich die Prognose quoad vitam gut, involvirt die chronische Eierstockentzündung direct keine Lebensgefahr. Quoad valitudinem aber muss die Prognose sehr reservirt gestellt werden. Es ist begreiflich, dass die Entzündung eines Organs, welches monatlich, wenn nicht häufiger, der Sitz einer menstruellen Congestion ist, die ihrerseits eine acute Exacerbation im chronischen Verlauf der Krankheit herbeiführt, weniger leicht den Weg der Besserung antreten wird, so lange eben diese physiologische Gefässwallung besteht, und man sieht in der That, wie schwer es häufig ist, während der geschlechtsreifen Periode des Weibes eine vollkommene Heilung zu erzielen, während andererseits viele Fälle bald in Besserung, sogar in völlige Genesung übergehen, sobald die physiologische, catameniale Congestion ausbleibt id est: im climacterischen Alter. Eine noch schädlichere Einwirkung üben die geschlechtlichen Aufregungen. Die Richtigkeit dieser Behauptung beweist der Umstand, dass häufig an chronischer Oophoritis leidende Frauen eine bedeutende Besserung verspüren, sobald sie nur einige Wochen in der Anstalt, fern vom Gatten sich befinden, trotzdem sie sich vorher wochenlang zu Hause die gleiche Pflege angedeihen liessen, wie im Spital.

Aber durchaus nicht immer ist die Prognose eine so ungünstige, wie sie soeben geschildert worden; in vielen Fällen, besonders in jenen, wo neben der physiologischen Congestion keine weitere ihren schädlichen Einfluss auf das entzündete Ovarium geltend macht, können chronische Oophoritiden im Verlaufe einiger Monate, selbst weniger Wochen bei passend eingeleiteter und durchgeführter Therapie heilen. Haben sich um das Ovarium perioophoritische Schwarten abgelagert, dann bedarf es zu ihrer vollkommenen Resorption längere Zeit. In manchen Fällen bleiben unbewegliche Latero-Retroversionen der Gebärmutter zeitlebens bestehen.

Die Prognose des Ovarialabscesses gibt sich durch das pag. 47 u. ff. über den Verlauf derselben bereits Mitgetheilte.

VI. Therapie.

Von einer prophylactischen Behandlung kann man bei der chronischen Oophoritis in dem Sinne sprechen, dass man verschiedene, die uns beschäftigende Affection verursachende Momente entschieden meiden lassen kann, andere Schädlichkeiten möglichst rasch, bevor sie ihren verderblichen Einfluss auf das Ovarium geltend gemacht haben, zu beseitigen suchen muss. Unter den ersteren Momenten meinen wir, indem wir auf das im Capitel der Aetiologie Mitgetheilte verweisen, vorzüglich jede Ueberanstrengung, Tanzen, Erkältung, geschlechtliche Aufregung, kurz vor oder während der Periode. Die möglichst rasche Beseitigung eines allfällig vorhandenen infectiösen Catarrhes, einer beweglichen oder unbeweglichen Retroflexion, einer Entzündung der Gebärmutter, der Tuben u. s. w. genügt dem zweitgestellten Postulate.

Ist die Oophoritis acut (am häufigsten bekanntlich im Zusammenhang mit einer Regel oder in Folge eines infectiösen Catarrhes) entstanden, so wird man am erfolgreichsten den antiphlogistischen Heilapparat spielen lassen und es wird dem Ermessen des einzelnen Arztes anheimgestellt bleiben, ob er sich mit Anempfehlung grösstmöglicher Ruhe, mit Anwendung von Kälte, Sorge für offenen Leib,

vielleicht auch mit einer kleinen localen Blutentziehung begnügen wird, oder ob er es vorzieht, durch Darreichung von mercurialen Drasticis, mit nicht nur localen, sondern allgemeinen Blutentziehungen gegen den entzündlichen Process zu kämpfen. An hiesiger Klinik ist die erste Art der Behandlung, die mildere, weniger energische, seit vielen Jahren üblich.

Ist die Krankheit schon in's chronische Stadium übergegangen oder begann dieselbe überhaupt schleichend, ganz allmählig, so ist eines der wichtigsten Momente für eine erfolgreiche Therapie, abgesehen vom Bestreben, die Hyperämie, in der sich das entzündete Organ befindet, herabzusetzen, die möglichste Vermeidung jeder Blutwallung zu den Genitalien. Dass die strenge Durchführung dieses Postulates nicht vollkommen in unseren Händen liegt, dass die menstruellen Congestionen, die wir einmal nicht beseitigen können, immer wieder den Erfolg unserer therapeutischen Eingriffe herabsetzen, haben wir bereits erwähnt. Aber Eines ist doch, wenn auch dieses nur innerhalb gewisser Grenzen, möglich, namentlich jene sämtlichen von aussen kommenden Reize abzuhalten, die geneigt sind, in den Beckenorganen eine Gefässwallung hervorzurufen. Wir meinen damit jede, die Geschlechtssphäre aufregende Lectüre, jede Manipulation an den Genitalien, Coitus u. s. w. Vom ausgezeichneten Einflusse, den die Trennung der Frau vom Manne auf den Krankheitsprocess übt, haben wir schon gesprochen und wir möchten glauben, dass den vielen Badekuren, abgesehen von ihrer directen, unbestreitbaren specifischen Wirkung, in dieser Beziehung auch ein nicht zu unterschätzender Einfluss zugeschrieben werden dürfte. Auch allgemeine Ruhe des Körpers ist zu empfehlen. Besonders wird man darauf zu achten haben, dass diesen Anforderungen hauptsächlich zur Zeit der herannahenden Menses und während der Menstruation Genüge geleistet werde.

Einige Tage vor dem Eintritt der Periode vorgenommene kleine Blutentziehungen an der Vaginalportion, sei es nun durch Bluteigel, noch besser durch Scarificationen, werden vom besten Erfolge begleitet und selbst von Anämischen gut ertragen. Blutentziehungen kurz nach der Periode, wie sie hauptsächlich französische Autoren (*Gallard*) empfehlen, werden in der Klinik nicht angewandt. Von welchem Einflusse diese Procedur gerade zu dieser Zeit sein soll, ist uns übrigens vorläufig unklar.

Neben diesen therapeutischen Momenten spielen Resorbentien und Gegenreize die Hauptrolle in der Behandlung der uns beschäftigenden Affection. Die Vesicantien sind in der Anstalt seit vielen Jahren ausser Gebrauch gekommen.

Die Tinctura jodi wird in Combination mit Tinctura gallarum aa in jedem Falle angewandt und zwar in der Art, dass die Lösung 2—3 Mal wöchentlich in der Inguinalgegend und in den unteren Abdominalparthien überhaupt handtellerbreit, abwechselnd bald an dieser bald an jener Stelle aufgespritzt wird.

Priessnitz'sche locale Einwicklungen erweisen sich häufig als recht vortheilhaft. Ihren beruhigenden, schmerzlindernden Einfluss konnten die Kranken häufig rühmen, doch musste man dann und wann von den üblichen Narcoticis Gebrauch machen.

Innerlich, als Resorbens, wird an der zürcherischen geburts-hülflich-gynäcologischen Klinik Jodkali verordnet, und zwar verabreicht man von einer Mixtur von

Kal. jodat. 4,0/180,0

Aq. menth. pip. 20,0

täglich zwei Esslöffel voll. In Fällen von Menorrhagien, die durch Oophoritis chronica verursacht wurden, hat sich dieses Mittel als ausgezeichnet bewährt. Ebenso eclatant ist oft der Erfolg in Bezug auf Verschwinden der Schmerzen. Intoxications-Erscheinungen, selbst bei lange fortgesetztem Gebrauche, haben wir nie beobachtet.

Hat die Krankheit bereits zu hysterischen Erscheinungen geführt, so wird anstatt des Kalium jodatum das Bromkali in grossen täglichen Dosen in Anwendung gezogen.

Gute Ernährung, Sorge für offenen Leib durch Darreichung von Karlsbadersalz, so dass täglich mindestens eine Entleerung erfolgt, sind weitere therapeutische Momente, die nicht ausser Acht gelassen werden dürfen.

Lauwarme und heisse (40° C.) Sitz- und Vollbäder, gleichzeitig mit heissen Injectionen in die Vagina werden als resorptionsfördernd sehr empfohlen, finden aber in der Anstalt keine Anwendung. Unter den Bädern sind es, neben den indifferenten Thermen, hauptsächlich die Sool- und Seebäder, die sich nützlich erweisen.

Gegen einen gleichzeitig bestehenden, gewöhnlich infectiösen Catarrh, gegen eine Metritis, eine Retroflexio uteri wird man mit

den uns zu Gebote stehenden Mitteln zu Felde ziehen. Eine Anämie, Chlorose u. s. w. verlangen gleichfalls specielle Berücksichtigung.

In keinem unserer Fälle waren die durch die chronische Oophoritis hervorgerufenen Beschwerden so hochgradig, dass man zur Battey-Hegar'schen Operation seine Zuflucht hätte nehmen müssen.

Ist die Oophoritis in Abscessbildung übergegangen, so ist wohl die rasche Entleerung des Eiters auf chirurgischem Wege die einzig rationelle Therapie. Ist einmal Fluctuation mit Sicherheit constatirt, so soll sofort eingegriffen werden. Lange zu cataplasimiren, bis die Abscesswände möglichst dünn geworden, beinahe am spontanen Durchbruche sind, ist nicht rathlich; ebensowenig ist zu empfehlen, so lange abzuwarten, bis der sonst bewegliche Ovarialabscess perimetritische Adhäsionen eingegangen ist, da die Gefahr eines Durchbruches in die Peritonealhöhle immer droht und der sich selbst überlassene Abscess bedeutend längere Zeit zur Heilung braucht als der operirte. Im Allgemeinen wird man den Abscess an der zugänglichsten, am meisten fluctuirenden Stelle eröffnen und diese kann gewöhnlich, sogar in den meisten Fällen, von einem der Scheidengewölbe aus erreicht werden.

Bei unseren fünf operirten Fällen geschah die Eröffnung vier Mal von der Vagina aus, ein einziges Mal durch das Rectum. Zur Entleerung des Abscesses bediente man sich drei Mal des einfachen Probetrocarts von mittlerem Caliber, zwei Mal der Punction mit nachfolgender Aspiration mittelst des Potain'schen Apparates. In zwei Fällen wurde die Canule liegen gelassen und durch dieselbe desinficirende Injectionen gemacht; in den übrigen die Sache sich selbst überlassen.

Die Erfolge, die bei so durchgeführter Behandlung hier erzielt werden, ersieht man aus den ausführlichen Mittheilungen, die pag. 47 u. ff. über den Verlauf der betreffenden operirten Ovarialabscesse gegeben wurden. Wie aus denselben zu entnehmen ist, konnten sämtliche Kranke schon drei bis fünf Wochen nach der Operation geheilt entlassen werden.



Inhaltsverzeichnis.

	Seite
I. Einleitung und geschichtlicher Abriss	5
II. Aetiologie und Vorkommen	10
III. Symptomatologie	31
IV. Diagnose	52
V. Prognose	72
VI. Therapie	73

Fontana, Justus

Beitrag zur Lehre der Oophoritis Chronica Inaug.- Diss

Zürich 1882

Diss.med. 153-73/76#Beibd.73

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11588313-4